

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO  
DE VIOLÊNCIA

JANETE DOS REIS COIMBRA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE EM BELO HORIZONTE: A VISÃO DOS GESTORES**

Belo Horizonte

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO  
DE VIOLÊNCIA

JANETE DOS REIS COIMBRA

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM BELO HORIZONTE: A  
VISÃO DOS GESTORES**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação  
Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da  
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de  
Minas Gerais- UFMG como requisito parcial para a  
obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Elza Machado de Melo

Belo Horizonte

2016

C679 Coimbra, Janete dos Reis.  
Promoção da Saúde em Belo Horizonte [manuscrito]: a visão dos gestores. / Janete dos Reis Coimbra. - - Belo Horizonte: 2016. 75f.: il.

Orientador (a): Elza Machado de Melo.  
Área de concentração: Medicina Preventiva e Social. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,

Faculdade de Medicina.

1. Promoção da Saúde. 2. Administração de Serviços de Saúde. 3. Determinantes Sociais da Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Melo, Elza Machado de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 590

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**FACULDADE DE MEDICINA**

Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Linha de pesquisa: Organização dos serviços de saúde e suas relações com a violência

**Reitor**

Prof. Jaime Arturo Ramírez

**Vice-Reitora**

Profa. Sandra Goulart Almeida

**Pró-Reitora de Pós-Graduação**

Profa. Denise Maria Trombert de Oliveira

**Pró-Reitora de Pesquisa**

Profa. Adelina Martha dos Reis

**FACULDADE DE MEDICINA**

**Diretor**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

**Vice-Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Humberto José Alves

**Coordenador do Centro de Pós-Graduação**

Prof. Luiz Armando Cunha De Marco

**Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação**

Prof. Edson Samesiana Tatsuo

**Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof. Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

**Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Profa. Alaneir de Fátima dos Santos

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Profa. Elza Machado de Melo

**Subcoordenadora Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Profa. Cristiane de Freitas Cunha

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Profa. Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Profa. Cristiane de Freitas Cunha

Profa. Eliane Dias Gontijo

Profa. Elizabeth Costa Dias

Profa. Eugênia Ribeiro Valadares

Profa. Izabel Christina Friche Passos

Prof. Paulo Roberto Ceccarelli

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Profa. Stela Maris Aguiar Lemos

Prof. Victor Hugo de Melo

**Representantes discentes**

Maria Beatriz de Oliveira - Titular

Marcos Vinícius da Silva – Suplente

Belo Horizonte

2016



## ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA

### JANETE DOS REIS COIMBRA DA SILVA

Realizou-se, no dia 29 de julho de 2016, às 13:00 horas, sala 022, andar térreo da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Promoção da Saúde em Belo Horizonte: a visão dos gestores*, apresentada por JANETE DOS REIS COIMBRA DA SILVA, número de registro 2014719190, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Elza Machado de Melo - Orientador (UFMG), Prof(a). Ricardo Tavares (UFOP), Prof(a). Vanessa de Almeida Guerra (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, foi lavrada a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 29 de julho de 2016.

Prof(a). Elza Machado de Melo ( Doutora )

Prof(a). Ricardo Tavares ( Doutor )

Prof(a). Vanessa de Almeida Guerra ( Doutora )

*Risueco*  
Centro de Pós-Graduação  
Faculdade de Medicina-UFMG  
Av. Prof. Alfredo Balena, 100- 5º Andar  
CEP 30130-100- Funcionários - BH/MG

CONFERE COM ORIGINAL  
Centro de Pós-Graduação  
Faculdade de Medicina - UF  
30/05/16  
*Risueco*

*Dedico este trabalho aos gestores e trabalhadores do*

*Sistema Único de Saúde*

## AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, expresso a minha gratidão:

A Deus, que me ilumina e me auxilia em direção à maturidade espiritual.

Ao meu pai, Jair (in memoriam), homem íntegro que não mediu esforços para prover uma boa educação e me indicar bons caminhos.

Aos meus irmãos, Jane, Jacqueline e Marcos e meus sobrinhos Gustavo e Marina pelo constante incentivo, força e parceria.

Aos meus filhos, Mariane e Felipe, fieis apoiadores nos projetos a que me dedico, e ao meu marido Luiz Carlos pelo carinho e estímulo ao meu crescimento pessoal.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde, resistentes parceiros na defesa do SUS, que me inspiraram para a realização do Mestrado.

Ao Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG), por possibilitar a inclusão de pessoas de formações diversas, fazendo valer na prática o verdadeiro sentido da inclusão social.

Aos colegas da turma do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, pelos momentos de trocas de experiências e pela convivência prazerosa e leve.

Aos professores Ricardo Tavares e Vanessa Almeida pelas valiosas contribuições neste trabalho.

Agradeço, com especial carinho, à minha orientadora, professora e doutora, Elza Machado de Melo, pela generosidade no compartilhamento de saberes e por apostar em mim, contribuindo de maneira significativa para minha formação e para minha evolução como pessoa. É um imenso prazer conviver com um ser humano tão iluminado e que incorpora na vida cotidiana a essência da democracia, da liberdade e da convivência respeitosa.



## RESUMO

COIMBRA, J.R.S. Promoção da Saúde em Belo Horizonte: a visão dos gestores. 75 folhas. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016.

A promoção da saúde é um campo teórico que agrega uma pluralidade de conceituações, significados e propostas que influenciam na definição de políticas na área de saúde pública. No sistema público de saúde são as secretarias municipais de saúde, por meio de seus gestores, os principais responsáveis pela definição de diretrizes e ações para o trabalho das equipes que atuam nos territórios. O presente estudo buscou analisar a compreensão da promoção de saúde em Belo Horizonte a partir das concepções e práticas explicitadas por gestores da Secretaria Municipal de Saúde e gerentes dos centros de saúde da Atenção Primária. O método utilizado foi um estudo descritivo exploratório de natureza quanti-qualitativa. Para a coleta de dados foram aplicados questionários auto preenchíveis, enviados eletronicamente para todos os gerentes de centros de saúde do município e também realizadas entrevistas semi-estruturadas com 6 informantes chave da gestão, responsáveis por algum projeto de promoção da saúde. Do total de 150 gerentes, 68 aderiram à pesquisa. Os participantes são em sua maioria do sexo feminino, situados na faixa etária entre 35 e 50 anos, com nível de escolaridade de pós-graduação. Os resultados apontam que as concepções e práticas apreendidos nas falas dos gestores e gerentes situam-se predominantemente na perspectiva teórica de cunho individualista, com foco na mudança de comportamento e estilo de vida e também na prevenção de doenças e agravos. Embora os gestores e gerentes também reconheçam elementos da perspectiva social e participativa como parte da política de promoção da saúde, esses não possuem o mesmo destaque que aqueles relacionados à perspectiva individualista e comportamental. Conclui-se que um desafio está posto no sentido de transcender abordagens tradicionais para que a política de promoção da saúde possa cumprir seu papel na redução de desigualdades sociais e iniquidades. Um caminho sinalizado seria incorporar nos espaços de gestão e de práticas, a problematização sobre temas como: Determinantes Sociais de Saúde, integralidade do cuidado, participação social, cidadania, autonomia, defesa dos direitos e intersetorialidade.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde, Políticas de Saúde, Determinantes Sociais de Saúde, Atenção Primária à Saúde

## ABSTRACT

Health promotion is a theoretical field that aggregates a plurality of concepts, meanings, and proposals which influence the implementation of policies in the area of public health. The managers of the municipal health offices are responsible for developing guidelines and actions for the teams working in the public health system. The present study analyzed the understanding of managers of the Municipal Health Department and the Primary Health Care Centers about health promotion in Belo Horizonte city, Brazil. The managers reported the theory and practices of health promotion adopted in the unities under their supervision. The descriptive-exploratory approach using the quantitative-qualitative method was used to carry out this research. The data were collected using self-filled questionnaires which were sent electronically to all managers of Health Department and Health Center in the city. Simultaneously semi-structured interviews were conducted with six managers that were responsible for the coordination of projects in the health promotion field. Of the total of 150 managers in the city, 68 joined the survey. The participants were mostly female, between the ages of 35 and 50, with a postgraduate level of education. The results pointed out that the perception of the health promotion exhibited by the managers is predominantly theoretical with an individualistic point of view, focusing on behavioral and lifestyle change and also on the prevention of diseases and injuries. The managers also recognized the contribution of the social aspects as part of health promotion policy, however, they do not have the same prominence as those associated with the individualistic and behavioral perspective. Thus, a challenge lies in transcending traditional approaches so that health promotion policy can fulfill its role in reducing social inequalities and inequities. A proposal to improve the manager perception would be to incorporate in the spaces of management and health promotion practices, the problematization on topics such as Social Determinants of Health, integrality of care, social participation, citizenship, autonomy, defense of rights, and intersectionality.

**Key words:** Health promotion, health policies, social determinants of health, primary health care

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

### **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Concepções de saúde e diferentes visões da promoção da saúde

### **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Perfil Sócio-Demográfico e Educacional dos Participantes

Tabela 2 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (tempo na função).

Tabela 3 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (atitudes favoráveis à promoção de saúde).

### **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Determinantes Sociais de Saúde-Modelo de Dahlgren e Whitehead

Figura 2 -Determinantes Sociais de Saúde- Modelo de Didericksen e Hallqvist

Figura 3-Classificação de risco dos Distritos Sanitários de Belo Horizonte

Figura 4- Distribuição da participação dos gerentes por distrito por taxa

### **GRÁFICOS**

Gráfico 1- Análise de correspondência entre tempo de experiência e atitudes favoráveis à promoção da saúde

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	13
1.1 Breve histórico da Promoção da Saúde .....	17
1.2 Determinantes Sociais de Saúde .....	22
1.3 A Atenção Primária no município de Belo Horizonte e o contexto político-institucional da Promoção da Saúde .....	26
2. OBJETIVOS .....	29
2.1 Objetivo geral .....	29
2.2 Objetivos específicos .....	29
3. METODOLOGIA .....	30
3.1 Local do estudo .....	31
3.2 Seleção dos sujeitos .....	31
3.3 Análise dos dados .....	32
3.4 Aspectos Éticos .....	34
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	35
4.1 Perfil Sócio-Demográfico e Educacional dos Participantes .....	37
4.2 Tempo na função e atitudes favoráveis à Promoção da Saúde .....	39
4.3 Concepções e práticas de promoção da saúde .....	41
4.4 Concepções e práticas na perspectiva comportamental .....	43
4.4.1 Mudança de comportamento e estilo de vida .....	43
4.4.2 Atividade física e práticas corporais .....	45
4.4.3 Prevenção e controle de riscos .....	47
4.5 Concepções e práticas na perspectiva socioambiental: integralidade do cuidado, determinantes sociais de saúde/ intersectorialidade, participação social, autonomia e defesa dos direitos .....	48
4.5.1 Integralidade do cuidado .....	49
4.5.2 Determinantes Sociais de Saúde /Intersectorialidade .....	49
4.5.3 Participação social .....	51
4.5.4 Autonomia e defesa dos direitos .....	52
4.6 Confirmação dos resultados: Análise da concordância entre os grupos de respostas .....	53
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	59
REFERÊNCIAS .....	61

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo integra uma pesquisa maior intitulada “Programa de promoção da saúde e prevenção da violência na atenção básica” e tem a finalidade de realizar a análise da promoção da saúde em Belo Horizonte, a partir da visão de gerentes e gestores da Secretaria Municipal de Saúde.

É um trabalho inspirado na experiência vivenciada pela pesquisadora em mais de dez anos no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente como integrante de equipe multiprofissional em Centros de Saúde na Atenção Primária à Saúde e na gestão municipal como coordenadora técnica de áreas vinculadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Reabilitação, Práticas Integrativas e Complementares e Academias da Cidade. O interesse pelas questões relacionadas à promoção da saúde surgiu da identificação do potencial desse campo de conhecimento no alcance da integralidade do cuidado e na melhoria dos níveis de saúde da população.

A promoção da Saúde é um campo teórico, prático e político em constituição, que agrega uma pluralidade de significados, interpretações e interesses que irão influenciar as agendas governamentais e as formas como serão planejadas, desenvolvidas e avaliadas as políticas públicas realizadas nos municípios.

A operacionalização da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) tem na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), o principal espaço para a efetivação das ações e projetos.

A Estratégia Saúde da Família preconiza práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas e prevê que as ações sejam desenvolvidas em um território previamente definido, na perspectiva do trabalho em equipe e interdisciplinar, para que os profissionais e gestores possam fazer vínculo com a população sob sua responsabilidade e reconhecer as especificidades epidemiológicas, econômicas, culturais e sociais do território (BRASIL, 2011).

Um reconhecido desafio da ESF é oferecer à população um novo modelo de atenção pautado na universalidade, na equidade, na integralidade do cuidado e que seja fundamentado nos princípios do SUS, a fim de substituir o modelo assistencial centrado na doença e com foco no cuidado médico.

Essa conformação idealizada do trabalho na APS constitui-se num espaço propício para a realização de ações de promoção da saúde. Entretanto é bastante diversificada a compreensão do que isso significa e como se traduz em operações concretas no âmbito das práticas de saúde realizadas pelas equipes (MEDINA et al. 2014).

Pedrosa (2004, p. 618) corrobora esse pensamento e diz que na definição da promoção da saúde, “como todo campo em constituição, predomina uma polissemia de significados e de conceitos, assim como uma multiplicidade de ações que apontam para perspectivas de natureza diversa, desenhadas por atores de formação e filiação ideológica distintas”.

Estudo realizado por Whestphal (2006, p. 646) sintetiza as concepções de saúde e as diferentes visões de promoção da saúde, bem como as práticas predominantes, em três grupos, a saber: a biomédica, a comportamental e a socioambiental.

Quadro 1-Concepções de saúde e diferentes visões da promoção da saúde

ABORDAGENS	BIOMÉDICA	COMPORTAMENTAL	SOCIOAMBIENTAL
Conceito de saúde	Ausência de doenças e incapacidades	Capacidades físico-funcionais; bem-estar físico e mental dos indivíduos	Estado positivo; bem-estar bio-psico-social e espiritual; realização de aspirações e atendimento de necessidades
Determinantes de saúde	Condições biológicas e fisiológicas para categorias específicas de doenças	Biológicos, comportamentais; estilos de vida inadequados à saúde	Condições de risco biológicas, psicológicas, socioeconômicas, educacionais, culturais, políticas e ambientais
Principais estratégias	Vacinas, análises clínicas individuais e populacionais, terapias com drogas, cirurgias	Mudanças de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis	Coalizões para advocacia e ação política; Promoção de espaços saudáveis; Empoderamento da população; Desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes; Reorientação dos serviços de saúde
Desenvolvimento de programas	Gerenciamento profissional	Gerenciamentos pelos indivíduos e comunidades de profissionais	Gerenciamento pela comunidade em diálogo crítico com profissionais e agências

Fonte: Westphal (2006)

Para Whesphal (2006), a prevenção das doenças estaria mais vinculada às visões biologicista e comportamentalista do processo saúde-doença e a Promoção da Saúde mais

vinculada a uma visão holística e socioambiental, como uma prática emancipatória e como um imperativo ético.

A mesma autora afirma que pode haver compatibilização da Promoção da Saúde socioambiental com atividades de prevenção, tratamento, reabilitação e assistência se os princípios amplos da promoção forem seguidos. Diz que será possível a transformação das ações essencialmente preventivas, em ações também de Promoção da Saúde se houver o empoderamento dos doentes que, por sua vez, advogarão por ações sobre as causas das doenças e pela equidade na distribuição de recursos (WHESTPHAL, 2006).

Na evolução conceitual dos princípios da promoção da saúde no Brasil e no mundo é possível identificar dois grandes grupos de teorias, opiniões e propostas políticas. No primeiro deles, de caráter mais conservador, a promoção da saúde está baseada em práticas valorizadas na década de 70 e que seriam dirigidas à mudança de comportamentos individuais com foco na vigilância e no controle de riscos, seguindo uma lógica neoliberal e individualista. A operacionalização das ações nesta perspectiva se daria por meio de atividades educativas voltadas para reduzir riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos, como por exemplo: o hábito de fumar e de beber, a escolha da dieta, a prática de atividades físicas, a direção perigosa no trânsito. Há nesta perspectiva uma ênfase na responsabilização do indivíduo pelos desfechos negativos na sua própria saúde. O principal documento que orientou a construção de políticas de saúde com este enfoque foi o “Informe Lalonde” produzido pelo governo canadense. O objetivo implícito neste foco é a redução de custos na assistência à saúde, e apesar do texto apontar na direção da complexidade da produção social da saúde, defende que as políticas de saúde devem informar e influenciar e sujeitos e organizações para a adoção de atitudes saudáveis por meio do *marketing social*, educação para saúde e estímulo à auto-ajuda. (BUSS, 2000; CASTIEL, 2004; CARVALHO 2004, CARVALHO 2005).

Já o segundo grupo teórico conceitual concentra propostas de caráter progressistas que surgiram após a “Primeira Conferência Mundial de Promoção da Saúde” realizada em 1986 no Canadá. Nesta perspectiva o entendimento é que a saúde é produto de um espectro de fatores relacionados com os determinantes sociais mais amplos do processo saúde e doença, como padrão alimentar, educação, ambiente, saneamento, oferta de serviços de saúde e apoio social, dentre outros. As propostas de atividades nesta perspectiva estão mais voltadas ao coletivo e ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde, da autonomia e

da participação dos indivíduos e das comunidades. O objetivo maior aqui colocado é o de mudar a relação entre o cidadão e o Estado, enfatizando a participação social. O pensamento presente neste grupo ficou conhecido como “nova promoção da saúde”, abordagem socioambiental ou socioecologia (BUSS,2000; CASTIEL,2004; CARVALHO 2004).

Para Castiel (2010) a chamada “nova promoção da saúde” tem foco nos condicionantes mais gerais de saúde e atenua a ênfase na abordagem comportamentalista e já representa um avanço. Entretanto, pela intensa vinculação com o Estado, deixa enfraquecido seu poder de transformação social. O mesmo autor afirma:

Há ainda quem vislumbre uma terceira abordagem de promoção da saúde que, numa perspectiva crítica, seria capaz de superar as limitações da abordagem comportamentalista e da nova promoção da saúde. Embora haja autores (Carvalho, 2005) que já dediquem estudos à questão, trata-se de uma tarefa inconclusa, uma vez que o conceito de risco epidemiológico aparece como elemento essencial das abordagens hegemônicas de promoção da saúde (CASTIEL, 2010 p.34).

Neto & Kind (2011) alertam para a necessidade de se pensar a promoção da saúde como um campo problemático para além das polaridades, sem reforçar as dicotomias ou pretender unificar as diversas posições existentes. Neste sentido o trabalho aqui apresentado, apesar de apontar a importância de se avançar em direção à promoção da saúde na perspectiva socioambiental e no reconhecimento dos DSS mais amplos para se alcançar a promoção da saúde, também resguarda a ideia que este é um campo de conhecimento complexo em que se fazem presentes não apenas as dimensões emancipatórias, participativas e comunitárias mas também as regulatórias e disciplinares.

Carvalho e colaboradores vez lembram que:

Uma abordagem crítica e ampla da Promoção da Saúde indica a necessidade de se discutir e melhorar as políticas públicas de saúde, a redistribuição de poder, e a definição de um novo acordo envolvendo direitos e responsabilidades em vários setores da vida social, afetando relações profissionais, cidadãos, além de esferas coletivas / individuais, governamentais / da sociedade, econômicas / sociais, setoriais / extrasetoriais, entre outras (CARVALHO, BODSTEIN, HARTZ, MATILDA, 2004 p.524).

A realidade tem nos mostrado que os espaços da APS favorecem o desenvolvimento de políticas municipais de promoção da saúde. Entretanto, o grau de complexidade conceitual e operacional da Promoção da saúde impede respostas simplistas na análise das políticas públicas nesta área. Diante disso muitas questões emergem e podem contribuir para uma discussão sobre conceitos e práticas presentes na política de promoção da saúde na APS . São elas:



- As concepções e diretrizes da política municipal de promoção da saúde refletem a preocupação com a equidade, o compromisso com princípios democráticos e a construção da autonomia ou ainda reforçam o desenvolvimento de práticas prescritivas e regulatórias?
- Os princípios e diretrizes ideologicamente elaborados são operacionalizados em práticas concretas desenvolvidas na APS?
- As práticas retratam ações e iniciativas locais que emergem nos territórios ou apenas reproduzem de forma acrítica as propostas da Política Nacional de Promoção da Saúde?
- Que lugar a promoção da saúde ocupa na agenda de planejamento dos gestores e gerentes?
- Como tem sido tratada a questão da necessidade de equilibrar as agendas das equipes entre ações de promoção da saúde, prevenção, assistência e reabilitação?
- Como tem sido efetivada a implementação da política de promoção da saúde para além dos limites da SMSA na perspectiva intersetorial?
- Como se desenvolve junto à população a construção de possibilidades com foco na promoção da saúde?
- Quais facilitadores e desafios podem ser percebidos na política de promoção da saúde desenvolvida na APS do município?

Esta pesquisa, pelo limite de tempo previsto para sua realização, não se propôs a responder o conjunto das questões acima, mas buscará tomá-las como norte na compreensão do objeto pretendido. Tampouco pretende realizar uma avaliação de impacto de ações específicas de promoção da saúde. O que se busca de fato é compreender a relação entre o campo conceitual da promoção da saúde e as significações apresentadas por gestores e gerentes sobre a política institucionalizada no contexto municipal.

Portanto, uma vez que se reconhece o potencial da APS para efetivação da Promoção da Saúde e que a polissemia em torno da conceituação de promoção da saúde pode influenciar a realização de práticas, projetos e propostas, torna-se necessário o estudo que possibilite apreender a visão que os gerentes e gestores possuem sobre a promoção da saúde, seja em seus pressupostos teóricos e concepções, seja em seus desdobramentos práticos.

### **1.1 Breve histórico da Promoção da Saúde**

As discussões internacionais sobre promoção da saúde ganharam força nos anos 70. Um marco importante foi a divulgação do *Informe Lalonde* pelo Ministério da Saúde do

Canadá em 1974. O documento visava combater os custos crescentes da assistência médica e o reduzido impacto da atenção médico-centrada frente às doenças crônicas. O texto definiu o campo da saúde como composto por quatro determinantes dentro dos quais se distribuem os diversos fatores que influenciam a saúde: a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde. (BUSS, p. 167, 2000).

Entretanto, Hyndman (citado por Carvalho, 2005) mostra que apesar de apontar na direção da complexidade da produção social da saúde, as estratégias desenvolvidas a partir dessa abordagem beneficiaram predominantemente grupos sociais de classes mais bem situadas na escala social. Outros estudos relacionados mostram uma debilidade do modelo explicativo da promoção à saúde, com uma excessiva ênfase em intervenções no controle do comportamento, além de atribuir às pessoas de grupos populacionais à margem do desenvolvimento capitalista, a responsabilização por problemas de saúde cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade (CARVALHO, 2005).

Outro marco que contribuiu para o debate sobre Promoção da Saúde foi a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata no Cazaquistão e que trouxe a discussão de que saúde é consequência de múltiplos determinantes. O texto produzido naquela ocasião apresentou a saúde como um direito a ser afirmado pela melhoria do acesso aos serviços de saúde e também por um trabalho de cooperação com os outros setores da sociedade, recolocando assim o tema dos Determinantes sociais da saúde. Na conferência foi divulgado o *slogan* “Saúde para todos no ano 2000” que agregava propostas como a universalização da APS, a vinculação das políticas públicas de saúde com as políticas sociais e a necessidade de redução das desigualdades sociais. Neste sentido a Atenção Primária à Saúde seria uma estratégia básica para a melhoria da saúde da população nos países (BRASIL, 2002).

No final da década de 80 o marco expressivo das discussões foi a realização da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde promovida com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e que teve como principal produto a Carta de Ottawa (WHO, 1986).

O documento tornou-se, desde então, um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das ideias da “nova promoção da saúde”, também chamada de abordagem socioambiental e trouxe uma definição de promoção da saúde que passou a inspirar políticas e propostas em todo o mundo. Segundo a Carta de Otawa, promoção da saúde pode ser definida como:

Um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2001, p. 19).

Nesta visão são definidas as seguintes estratégias da Promoção da Saúde: intersectorialidade, mobilização social, sustentabilidade, defesa pública da saúde (advocacia). Sua meta é qualidade de vida e seus princípios norteadores são equidade, a paz e a justiça social.

Uma série de Conferências Internacionais de Promoção da Saúde foram promovidas pela OMS no período de 20 anos após a Conferência realizada em Otawa. As mesmas ocorreram nas cidades de Adelaide, 1988; Sundswall, 1991; Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; México, 2000, Bangkok, 2005

Na análise dos avanços da “nova promoção da saúde” quando comparada à abordagem comportamental valorizada nos anos 70, Castiel trás o pensamento de Lupton para argumentar que:

Embora fundamentada na ideia de risco epidemiológico, a “nova promoção da saúde” tem foco dirigido para condições mais gerais de saúde, como os indissociáveis ambientes social, econômico e cultural. É vista como um meio de contribuir para mudanças sociais e para a melhoria da relação entre cidadãos e Estado, e além disso funciona também como forma de deslocar a ênfase na medicalização do sistema de saúde para o enfoque em políticas públicas e ações multissetoriais (LUPTON, 1995 *apud* CASTIEL 2010, p.33).

Neste sentido, complementa que, apesar de reconhecer o vigor presente no risco e em seus discursos, também é preciso ter em mente a dimensão múltipla da relatividade do risco, ou seja, é um construto produzido em uma época particular, retratando uma determinada visão do mundo, e também que as pessoas lidam e percebem seus riscos e dos outros de modos variados. Esses modos envolvem “aspectos que ultrapassam os saberes científicos e mesclam dimensões simultaneamente biológicas, psicológicas, socioculturais. Enfim, se pode haver uma certeza estabelecida acerca das verdades sobre os riscos é que estas são relativas” (CASTIEL, 2010, P.127). A noção de risco entretanto, a despeito de críticas e reflexões sobre o assunto, mostra-se ainda muito presente nas políticas de saúde.

No Brasil, mais especificamente no sistema público de saúde, o resgate histórico sobre o tema mostra que a discussão em torno da promoção de saúde sofreu influências dos movimentos e conferências internacionais e ganhou destaque a partir da I Conferência

Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986. A ampliação do debate encontrou sintonia nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no mesmo período, com grande participação de profissionais, gestores e cidadãos, na qual foram propostas as bases da “reforma sanitária brasileira”, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (BUSS & CARVALHO, 2009).

Olhando por essa mesma perspectiva Castro & Malo consideram que “SUS e Movimento Internacional de Promoção da Saúde têm princípios sinérgicos” (CASTRO & MALO, 2006, p.14). Assim, no mesmo caminho em que se busca modos de construir conhecimentos para a consolidação do SUS, busca-se também a confirmação do compromisso do setor sanitário com a promoção da saúde.

A compreensão de saúde expressa no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde lança algumas bases para a discussão crítica da promoção da saúde, pois aponta para uma conceituação positiva e ampliada de saúde que considera as formas e relações sociais de produção e as desigualdades por elas geradas, envolvendo dessa forma os determinantes sociais do processo saúde e doença. No referido documento a saúde é definida como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986). Outro aspecto que passa a ser debatido é a crítica ao paradigma biomédico e sua insuficiência perante a medicalização das questões sociais.

Melo (2006) também problematiza o entendimento de saúde na perspectiva ampla, para além do paradigma biomédico. Segundo a autora:

Entendemos saúde como um direito social, talvez mesmo como um conjunto formado por praticamente todos os direitos sociais, pois, além daquelas ações específicas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde, prestadas por um sistema especializado, ela envolve como seus determinantes também as condições de vida e de trabalho, ambientais, emocionais, enfim, todas as condições necessárias ao prosseguimento da vida com um mínimo de qualidade. Esse é, inequivocamente, o pressuposto subjacente a todas as formulações da Reforma Sanitária Brasileira (MELO, 2005. p.168)

Carvalho e colaboradores sintetizam os princípios diretamente influenciados pelo conceito positivo e abrangente de saúde definido na Constituição Brasileira de 1988 no campo de Promoção da Saúde:

- percebe a saúde como qualidade de vida resultante da satisfação de necessidades vitais tanto coletivas quanto individuais;
- argumenta que necessidades vitais não são definidas de forma normativa, mas que são socialmente estabelecidas por meio de pactos entre sujeitos de contextos culturais, sociais e econômicos, historicamente situados e datados, envolvendo acesso universal a vários serviços e mercadorias;

- lembra que necessidades sociais são registradas e legitimadas em contratos sociais que definem direitos e deveres – como, por exemplo, o direito à educação e saúde, entre outros;
- percebe a saúde como um direito humano fundamental (o direito à vida) e, portanto, um imperativo ético universal, em vez de um simples direito socialmente determinado;
- define saúde como acesso à (e capacidade para) vida, transcendendo parâmetros normativos e abordagens reducionistas.  
(CARVALHO, BODSTEIN, HARTZ, MATILDA, 2004 p.524).

Neto & Kind salientam que ao se politizar o tema da saúde investe-se necessariamente na construção de uma base jurídico-legal para amparar a organização do Sistema Único de Saúde. Segundo esses autores a “assunção constitucional da saúde como *direito de todos e dever do Estado* tornou-se uma alavanca de uma série de avanços posteriores no campo da Saúde” (NETO & KIND, 2011, p. 44).

Na sequência dos movimentos que se seguiram à reforma sanitária e criação do SUS são identificados alguns marcos regulatórios que favoreceram a institucionalização da promoção da saúde. Alguns deles estão descritos abaixo.

Em 1992 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) que enuncia a proposta de reorientação do modelo assistencial com a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Em 2002 houve a elaboração do documento “Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)” que não teve vigência integral real no interior do sistema, mas que se configurou como registro importante de institucionalização da proposta na esfera federal. Em 2005, houve a instituição do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, em 2006, o lançamento da Política Nacional de Saúde. Em 2008, foi finalizado o relatório do CNDSS “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil” e ocorreu o lançamento do programa “Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011”. (BUSS & CARVALHO, 2009).

Outros marcos regulatórios recentes também podem ser citados na área da promoção da saúde: a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em 2008, visando ampliar o escopo das ações da Atenção Básica (BRASIL, 2008); a criação das Academias da Saúde em 2011 (BRASIL, 2011); a publicação da nova versão da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011) também em 2011; além da revisão e publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2014 (BRASIL, 2014).

Sobre a PNPS, criada em 2006 e revisada em 2014, o texto base propõe promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. As diretrizes

explicitadas no documento preconizam atitudes baseadas na cooperação e no respeito às singularidades, como: estímulo à intersectorialidade, compromisso com a integralidade do cuidado, fortalecimento da participação social e estabelecimento de mecanismos de cogestão no processo de trabalho em equipe. Em relação aos temas prioritários define os seguintes: alimentação saudável, prática corporal e atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

É reconhecido que o Estado, por meio de políticas públicas, tem o papel de induzir a promoção da saúde, Entretanto a aplicação da PNPS sem uma análise do contexto local que possibilite identificar as reais necessidades da população poderá trazer uma influência vertical e descendente nas ações desenvolvidas pelos municípios (SILVA et all 2012, MEDINA *et all* 2014).

## **1.2 Determinantes Sociais de Saúde**

O enfrentamento das situações de desigualdade em determinados territórios constitui-se como um desafio para os gestores. No Brasil e no mundo uma ênfase cada vez maior é colocada nos DSS, que surgem no campo da promoção da saúde como possibilidade na redução de iniquidades e apoio para a implantação das políticas e intervenções na saúde pública. As iniquidades em saúde são as desigualdades de saúde que ocorrem entre grupos populacionais e que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias. No contexto da globalização e do neoliberalismo, apesar das crescentes perdas dos direitos sociais e dos mecanismos adotados pelos governos para redução de suas responsabilidades, a formulação das políticas públicas de promoção da saúde exige reflexões relacionadas aos impactos dos DSS na redução das iniquidades.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) criada no Brasil em 2006, os DSS incluem fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (BUSS & FILHO).

Alguns modelos explicativos procuram demonstrar a rede de relações entre os determinantes sociais e situação de saúde. No Brasil o modelo adotado pela Comissão Nacional dos Determinantes Sociais de Saúde foi aquele proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) que estratifica os DSS em diferentes camadas, desde uma camada mais

próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macro determinantes. Tal modelo está sintetizado na Figura 1 a seguir.

**Figura 1. Determinantes sociais de saúde:**



**Modelo de Dahlgren e Whitehead<sup>1</sup>**

Na base do desenho, a organização do modelo mostra os indivíduos, com suas características individuais, como sexo, idade e fatores genéticos. Neste primeiro nível está indicado o papel dos modos de vida e hábitos adquiridos pelos indivíduos na determinação de sua saúde. As políticas públicas e programas voltados para a alimentação saudável e prática de esportes e atividades físicas procuram atuar neste segmento visando mudar hábitos e melhorar a condição de saúde, porém os resultados nem sempre são efetivos (PELEGRINI & FILHO, 2006).

No segundo nível são destacadas as comunidades e as redes de relações de solidariedade e confiança entre as pessoas, para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

O terceiro nível se refere à atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, onde os serviços essenciais de segurança, habitação, saneamento, educação e outros, levam ao cidadão condições de realização e confiança.

O quarto nível de atuação, chamado de macro determinantes, prevê a atuação de políticas macro econômicas de mercado de trabalho, proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem promover um desenvolvimento sustentável,

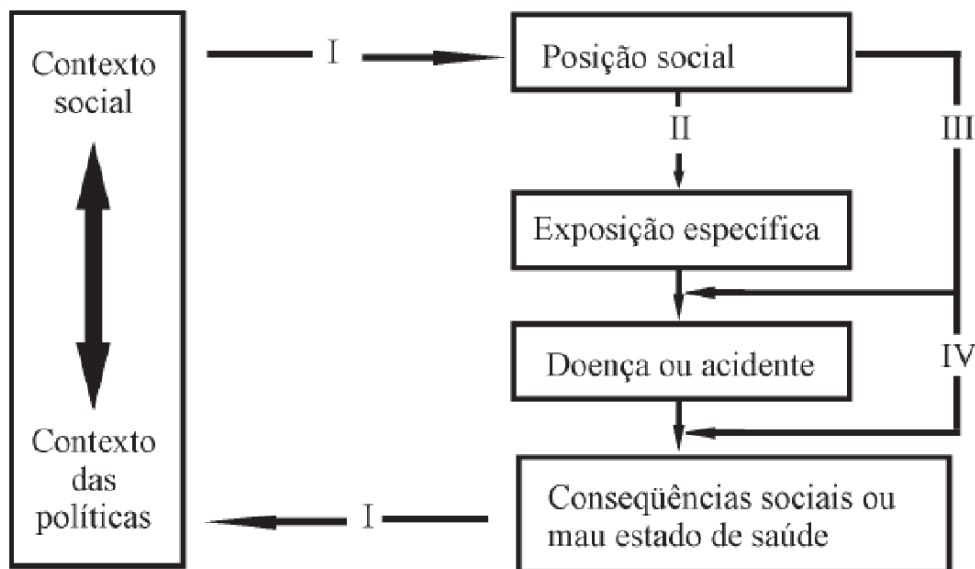
<sup>1</sup> CARVALHO, A. I.; BUSS, P.M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade (CNDSS, 2006, PELEGRINI & FILHO, 2006).

O estudo mostra que o peso das escolhas do cidadão em seu livre arbítrio de hábitos e condutas influenciam pouco no resultado da saúde da população, comparado aos macro determinantes no último nível, que são relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e possuem grande influência sobre as outras camadas. Os estudos também argumentam que é muito difícil mudar comportamentos de risco sem mudar as normas culturais que os influenciam.

Outro modelo que procura explicar os DSS é o que foi elaborado por Didericksen e Hallqvist (1998) *apud* BUSS E FILHO (2007). O diagrama proposto procura mostrar que a estratificação social gerada pelo contexto social é responsável por conferir aos indivíduos posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. Na figura apresentada abaixo (I) representa o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais (como o sistema educacional e o mercado de trabalho). De acordo com a posição social ocupada pelos diferentes indivíduos, aparecem diferenciais específicos, como o de exposição a riscos que causam danos à saúde (II); o diferencial de vulnerabilidade e exposição a riscos relacionados à ocorrência de doença ou acidente (III) e, o diferencial de consequências sociais ou físicas, uma vez contraída a doença (IV). Por “consequências sociais”, entende-se o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família.





**Figura 2 - Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist**

Assim, em síntese, o modelo Diderichsen e Hallqvist permite identificar alguns pontos de incidência de políticas que atuem sobre os mecanismos de estratificação social e sobre os diferenciais de exposição, de vulnerabilidade e de suas consequências. Neste aspecto, os fatores políticos e sociais precisam ser levados em consideração no processo de planejamento das ações de promoção da saúde (BUSS e FILHO, 2007).

Estudo realizado por Zioni e Westphal (2007) menciona o posicionamento de Eugênio Vilar que atribui o reaparecimento do tema DSS aos efeitos perversos do modelo neoliberal gerador de iniquidades em saúde e que por sua vez traz a preocupação com a justiça social. De acordo com o enfoque apresentado por Villar, as desigualdades econômicas expressas pela posição que se ocupa na estratificação social determinariam uma desigualdade de acesso aos fatores de boa ou má saúde, aumentando as iniquidades da área. Combater a desigualdade seria uma garantia de melhora do nível de saúde e para o combate à desigualdade há que se desenvolver políticas intersetoriais (econômicas, de emprego, de renda, moradia, educação, etc.) e garantir-se a participação e o empoderamento das populações, para que estas possam colaborar mais eficazmente na transformação da sociedade. Novamente, esta ênfase na revalorização dos indivíduos como sujeitos de suas ações, sugere que, para este autor, os sujeitos estão implicados nas estruturas e estas nos significados das ações sociais.

Filho (2011) fala sobre a evolução dos estudos relacionados aos DSS:

Uma característica distintiva deste movimento atual é o compromisso explícito de ação, com base na ideia de que os determinantes sociais da saúde são o produto da ação humana e que a sua transformação pode e deve estar sujeito à ação humana, organizada por meio de políticas públicas intersetoriais com base em provas e implementadas com o apoio e participação de amplos segmentos da sociedade. As três recomendações básicas do relatório CDSS são: melhorar as condições de vida, dirigindo-se a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos e medir o problema e avaliar o impacto da ação. As recomendações captar bem os aspectos técnicos, políticos e sociais desse compromisso (FILHO, 2011).

O autor argumenta que a inovação em relação aos DSS neste novo movimento não é uma mera repetição do mesmo e sim “uma combinação de novas ferramentas, metodologias e abordagens que ofereçam uma nova energia para a saúde pública comprometida com a luta contra as enormes, evitáveis e injustas desigualdades que persistem em sociedades como a nossa” (FILHO, 2011).

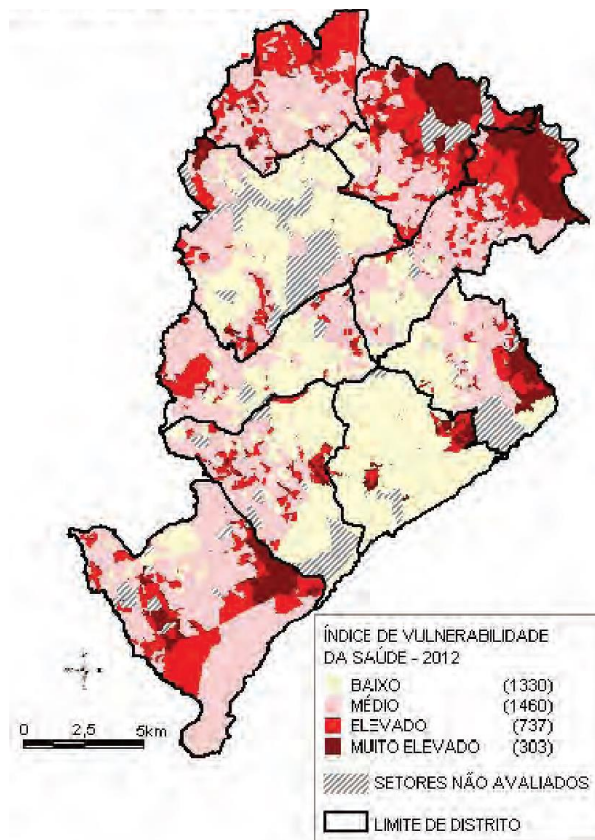
### **1.3 A Atenção Primária no município de Belo Horizonte e o contexto político-institucional da Promoção da Saúde**

A APS em Belo Horizonte está organizada de forma descentralizada e regionalizada em nove distritos sanitários, com uma gestão presente em três instâncias de atuação: o nível central com a responsabilidade sanitária e definição de diretrizes técnico- assistenciais para todo o território do município; o nível distrital, que responde pelas questões de saúde no território específico do distrito; e o nível local, que operacionaliza as ações de saúde e responsabiliza-se pela população da área de abrangência de cada centro de saúde. Os distritos são: Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova e cada um deles agrega de 15 a 20 unidades ambulatoriais que incluem além dos centros de saúde, algumas unidades secundárias e serviços da rede de urgência e hospitalar.

Especificamente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), o município conta com 147 centros de saúde, cada qual com um gerente responsável pela gestão do serviço. Dentre profissionais e serviços ofertados pelos centros de saúde existem 585 equipes de equipes de Saúde da Família, 59 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, 67 polos de Academias da Cidade, equipes de saúde mental, equipes de saúde bucal e outros profissionais de apoio como pediatras, ginecologistas e médicos homeopatas, acupunturistas e antroposóficos que desenvolvem Práticas Integrativas e Complementares. A carteira de serviços dos centros de saúde inclui: acolhimento, atendimentos individuais, atendimentos compartilhados, visitas domiciliares, grupos operativos, reuniões de

matriciamento, vacinação, farmácia, coleta de sangue e curativos (BELO HORIZONTE, 2012).

As áreas de implantação da ESF são definidas no município com base em um indicador composto chamado de Índice de Vulnerabilidade de Saúde (IVS), que busca resumir informações relevantes que traduzem as desigualdades interurbanas (BELO HORIZONTE, 2006). Com base nesta análise, os setores censitários são classificados em risco muito elevado, elevado, médio ou baixo de adoecer e morrer. Isso permite à gestão municipal identificar áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos e assim investir na redução de iniquidades.



**Figura 3**– Classificação de risco dos Distritos Sanitários de Belo Horizonte. Fonte: SMSA

A Figura 1 acima apresenta o mapa de Belo Horizonte dividido entre os nove Distritos Sanitários com a classificação de risco baseado no IVS (PBH, 2012).

As diretrizes para a Promoção à Saúde em Belo Horizonte estão contidas no conjunto de atribuições definidas para a APS e explicitadas em publicações da gestão desde 2008.

Em publicação lançada em 2008 sobre os avanços e desafios da atenção básica em Belo Horizonte (Turci,2008), a promoção da saúde é apresentada juntamente com a Vigilância em saúde. A autora fala de um modelo de assistência descentralizado e integral e que considera a saúde como processo determinado socialmente. Enfatiza também a importância da participação de profissionais, gestores e população na tomada de decisões, além do envolvimento de outros setores. Entretanto, ao descrever o Projeto Promoção de Modos de Vidas Saudáveis BH-Saúde, mostra um foco maior nas ações de prevenção e controle de riscos relacionados às doenças crônicas. Em relação às ações de Promoção da Saúde preconizadas para a rede básica, são apresentadas três abordagens: a primeira, individual, propõe atuar sobre os modos de vida saudáveis em todas as intervenções realizadas diariamente pelas equipes. A segunda, coletiva, propõe aproximar os participantes na perspectiva de mudança dos modos de vida e não da doença. Já a terceira abordagem, chamada de comunitária, propõe a articulação com iniciativas comunitárias e parceiros da rede (TURCI, 2008).

Em publicação de 2010 que trata das experiências exitosas da Gestão 2003-2008, há também um capítulo dedicado à promoção da saúde. O avanço aqui é a apresentação do tema numa perspectiva intersetorial no compartilhamento de projetos entre a SMSA com outras secretarias da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. A publicação retrata uma perspectiva social da promoção da saúde e destaca a promoção da saúde vinculada à atenção integral à saúde e compreensão da determinação social da saúde na construção das políticas municipais (Junior, 2010).

A gestão 2009- 2012 é marcada pela definição de um novo Grupo de Trabalho (GT) de Promoção da Saúde que iniciou movimentos em busca da institucionalização de uma política de promoção da saúde. Para condução do GT foi definido um assessor da Gerência de Assistência da APS que organizou reuniões sistemáticas com representantes das outras secretarias temáticas da PBH. O GT da Promoção realizou a elaboração de um texto chamado de “Proposta de construção participativa da Política Municipal de Promoção da Saúde” (Belo Horizonte, 2009). O GT deixou como produtos o mapeamento das ações de promoção da saúde executadas pelas secretarias municipais e contribuiu na elaboração do texto preliminar sobre a política de promoção da saúde que não chegou a ser publicado. O GT não foi reconhecido institucionalmente e nem foi formalizado pela SMSA.

No mesmo período foram realizadas Oficinas de Qualificação da Atenção Primária envolveram aproximadamente 10.000 trabalhadores e gestores da APS no município para alinhamento conceitual e das diretrizes e processos de trabalho. Foi incluída uma oficina

que tratou da Promoção da Saúde e apresentou um alinhamento conceitual sobre o tema, além de textos com a diferenciação entre promoção e prevenção, a abordagem dos determinantes sociais de saúde, o trabalho com grupos e a perspectiva da “salutogênese” no diálogo com as Práticas Integrativas e Complementares. Foi também elaborado um catálogo com as principais ações de promoção da saúde na perspectiva intersectorial. O guia da oficina foi posteriormente adaptado para relato de experiência que foi publicada em livro com as experiências da gestão a partir do Plano Macro Estratégico da SMSA. Vale ressaltar que a proposta de atividade de dispersão da oficina não alcançou uma grande adesão por parte de gestores e profissionais, revelando mais uma vez a dificuldade de operacionalização de ações de promoção da saúde. A ideia era mobilizar a comunidade local para a elaboração de um “Plano de Saúde no Território”, numa ação conjunta da comissão local, centro de saúde e outros setores que fossem necessários (BELO HORIZONTE, 2012).

Na gestão 2012-2016 a promoção da saúde é inserida como um dos eixos do plano municipal de saúde e passa a ser discutida e acompanhada por um grupo gestor coordenado pela assessoria do gabinete da SMSA. O chamado Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde (GTPS) é composto por representantes de gestores e trabalhadores do nível central da Gestão e representantes distritais. Dentre as ações realizadas pelo Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde (GTPS) se destacam a realização de oficinas “Unidades Promotoras da Saúde” em todos os centros de saúde e discussões periódicas sobre o tema da prevenção da violência. Diferentemente do grupo de trabalho (GT) organizado em 2009, o GTPS foi reconhecido pela gestão em portaria específica da SMSA.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar e compreender reflexivamente, as concepções e práticas de promoção da saúde explicitadas nas falas de gestores e gerentes da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar o perfil dos gerentes participantes
- Identificar conceitos, definições, diretrizes e concepções relacionados à promoção da saúde na fala dos gestores.

- Interpretar os significados teóricos e práticos de promoção da saúde nas falas de gestores e gerentes.
- Identificar possíveis dificuldades e potencialidades na efetivação da promoção da saúde no município.

### **3. METODOLOGIA**

O estudo descritivo transversal usou método misto quantitativo e qualitativo e foi realizado no primeiro semestre de 2016 em duas fases sequenciais de coleta e análise de dados:

- a) Questionário eletrônico, semiestruturado, direcionados aos 147 gerentes dos centros de saúde da rede SUS-BH, nos 9 distritos sanitários da cidade.

O questionário eletrônico foi composto por duas partes, sendo que o acesso à segunda parte só ocorreu após o preenchimento da primeira. A primeira parte foi constituída de questões sobre o perfil do gerente e de perguntas abertas visando apreender as concepções do gerente sobre as definições, objetivos e diretrizes da promoção da saúde e quais práticas são realizadas na APS do município. A segunda parte do questionário foi constituída por questões fechadas que guardam correspondência com as questões abertas, mas nesta parte apresentadas sob forma de alternativas a serem marcadas. A elaboração da lista se fundamentou revisão de literatura com o objetivo de incluir um conjunto de aspectos relacionados à promoção da saúde, desde os mais tradicionais focados na mudança de comportamento e controle de riscos, como também aqueles relacionados aos determinantes sociais de saúde mais abrangentes que envolvem os ambientes sociais, políticos e culturais. O envio dos questionários por meio eletrônico aos gerentes foi precedido pela etapa de pré-teste, que definiu os ajustes necessários do instrumento.

Foram utilizados os critérios de inclusão: atuar como gerente de centro de saúde em Belo Horizonte e concordar em participar da pesquisa, e de exclusão: se recusar participar da pesquisa. No caso de férias ou licença do gerente, na ocasião da coleta de dados, o questionário poderia ser preenchido pelo substituto.

- b) Entrevistas semiestruturadas com informantes chave convidados, prévia e intencionalmente identificados, dentre gerentes e gestores que possuíssem sob sua

responsabilidade alguma ação ou projeto de promoção de saúde no nível central da SMSA. Para a entrevista o instrumento utilizado foi um roteiro com perguntas abertas e utilizado como um guia para o pesquisador. Segundo Minayo, Assis e Souza (2005, p.137), esse guia de entrevista “deve conter apenas alguns itens indispensáveis para o delineamento do objeto em relação à realidade empírica, facilitando a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação”.

### **3.1 Local do estudo**

O estudo foi realizado nos espaços de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte no nível de gestão central da SMSA e nos Centros de Saúde.

### **3.2 Seleção dos sujeitos**

Para este estudo foram convidados gerentes e gestores da SMSA e por isso vale destacar a diferenciação que existe entre as funções de gerentes e gestores de serviços de saúde:

As funções de gerência e de gestão se confundem no que diz respeito às suas funções. A gerência é tida como a administração de uma unidade ou órgão de saúde, representando as necessidades e os interesses da comunidade. Ela indica as atividades que precisarão ser desenvolvidas com o propósito de assegurar a condução, a programação, o controle e a avaliação das ações em saúde com resultados positivos e satisfação das necessidades da população. Já o gestor é o indivíduo que ocupa uma posição estratégica no sistema de decisões e responde pela formulação e implementação das políticas de saúde a nível local, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e autonomia (FERNANDEZ, MACHADO E ANSCHAU, 2009, p. 1546)

Entretanto, apesar da diferenciação conceitual apontada acima, a presente pesquisa considerou que tanto os gerentes quanto gestores podem potencialmente influenciar as políticas públicas de promoção da saúde, portanto gerentes também serão considerados neste estudo como gestores.

Na primeira fase da pesquisa, para o preenchimento do questionário eletrônico, definiu-se como público alvo os 147 gerentes dos centros de saúde, ou na sua falta, o gerente adjunto ou substituto da unidade. A escolha intencional desses sujeitos foi uma forma de garantir a colaboração efetiva dos participantes. Foi enviada carta contendo informações sobre a pesquisa; o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado de forma eletrônica antes do início do preenchimento do questionário.

Para a segunda fase, que consistiu na realização de entrevistas, foram convidados gerentes e gestores do nível central e distrital escolhidos intencionalmente. Previamente à realização das entrevistas houve contato com os profissionais convidados, aos quais foi apresentada a pesquisa em curso, oportunidade em que se solicitou a eles, por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO III), a participação como entrevistados. Explicou-se também que as entrevistas seriam gravadas e transcritas, resguardando sempre o sigilo dos participantes.

Diferentes esforços foram empreendidos buscando obter a maior participação dos gerentes na pesquisa. No início da etapa de coleta de dados foram realizadas as seguintes ações: apresentação da proposta em reunião de gerentes de Atenção à Saúde dos distritos sanitários, envio de convite por e-mail e esclarecimento sobre a importância da participação para que os gerentes locais e representantes do setor de Educação Permanente; contato individualizado com alguns gestores distritais para sensibilização dos gerentes locais; contatos diretos com os gerentes locais; solicitação de apoio à técnicos da gestão que atuam nos mesmo territórios que os gerentes locais.

### **3.3 Análise dos dados**

Os dados quantitativos foram categorizados para permitir a comparação entre as variáveis. As questões fechadas da segunda parte do questionário eletrônico – a saber, 24 referentes a concepções adotadas e as mesmas 24 questões referentes à efetivação prática dessas concepções foram agregadas em, respectivamente, 7 variáveis referentes à concepção e 7 variáveis sobre a prática. Por sua vez, as questões abertas da primeira parte do questionário eletrônico foram categorizadas utilizando as mesmas variáveis da parte fechada – 7 de concepções e 7 referentes à prática – quantificadas e armazenadas no mesmo banco de dados. Após esses procedimentos as questões 11 e 12 foram agrupadas para análise das concepções e as questões 13 e 14 para a análise das práticas. O próximo passo foi a realização de análises bivariadas levando-se em conta dois grandes aspectos orientadores: modo de coleta (questões abertas e fechadas) e modo de adoção da promoção da saúde (concepção e prática efetiva).

Posteriormente as categorias foram agrupadas na perspectiva comportamental e socioambiental para fins de análise das concepções e práticas identificadas. As categorias do bloco comportamental são: Mudança de comportamento e estilo de vida, Atividades físicas e práticas corporais e Prevenção e controle de riscos. No bloco socioambiental estão:



Integralidade do cuidado, DSS/Intersetoridade, Participação Social e Autonomia e defesa dos direitos

Foi utilizado o teste de Kappa para avaliar a concordância entre os pares (coleta aberta/fechada; concepção/prática). Na análise dos resultados foram utilizadas também estatísticas descritivas tais como frequências simples e cruzadas, médias, desvios padrão e gráficos, além de variações percentuais de todas as variáveis estudadas. Por fim, as variáveis foram analisadas segundo o seu pertencimento a diferentes correntes teóricas: comportamental/individual ou social/participativo.

O coeficiente Kappa é uma medida da concordância entre dois observadores ou dois instrumentos que classificam uma série de unidades observacionais conforme as classes de uma variável qualitativa. Essa medida é baseada no número de respostas concordantes, ou seja, no número de casos cujo resultado é o mesmo entre os avaliadores. Esse coeficiente assume valor máximo igual a 1, que representa total concordância ou ainda pode assumir valores próximos e até abaixo de 0, os quais indicam nenhuma concordância. Para avaliar se a concordância é razoável, fazemos um teste estatístico para avaliar a significância do Kappa. Neste caso a hipótese testada é se o Kappa é igual a 0, o que indicaria concordância nula, ou se ele é maior do que zero, concordância maior do que o acaso (teste unicaudal:  $H_0: K = 0$ ;  $H_1: K > 0$ ).

Para avaliar se a concordância é razoável, Landis, JR e Koch, GG (1977) sugerem a seguinte interpretação:

<b>Valores de Kappa</b>	<b>Interpretação</b>
<0:	Nenhuma concordância
0-0,19:	Concordância pobre
0,20-0,39:	Concordância leve
0,40-0,59:	Concordância moderada
0,60-0,79:	Concordância substancial
0,80-1,00:	Concordância quase perfeita

O estudo analisou também a taxa de participação dos gerentes segundo os 9 distritos sanitários da cidade, o perfil sócio demográfico dos participantes e a relação entre o tempo que o gerente está na função e suas atitudes favoráveis à promoção da saúde. Para esta última análise utilizou-se a técnica de análise por correspondência. O tempo na função foi estratificado em períodos compreendidos em: menos de 1 ano, de 1 a 5 anos e acima de 5 anos. As atitudes favoráveis à promoção da saúde foram: prática de alguma atividade de promoção da saúde na vida pessoal do gerente, planejamento e também execução de ações de promoção da saúde no exercício do cargo.

A Análise de correspondência (AC) é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados que é adequada para analisar tabelas de contingência. Essa análise é dada em uma representação gráfica em que as linhas e colunas da tabela são simultaneamente representadas em dimensão reduzida através de um gráfico de pontos. Mais detalhes sobre a teoria e aplicações da AC podem ser obtidos em Greenacre (1984, 2007).

Os softwares utilizados para análise foram o pacote estatístico IBM SPSS, o Statistics versão 21 for Windows e o Microsoft Office Excel for Windows versão 2013.

Os dados qualitativos referentes à segunda fase da pesquisa, relativos às entrevistas com os gestores da SMSA, foram utilizados de forma complementar, apenas para aprofundar os conhecimentos obtidos mediante análise estatística dos questionários. As entrevistas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo que compreendeu as seguintes etapas: a primeira, denominada de fase de pré-exploração que diz respeito à leitura e releituras flutuantes do *corpus* (conjunto de todas as entrevistas transcritas na íntegra), com o intuito de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise. Foi esta uma etapa de busca livre de uma melhor assimilação do material para a posterior sistematização dos dados. O passo seguinte foi a seleção de unidades de análise e foram utilizados parágrafos das entrevistas como unidades de análise. Na terceira e última etapa os dados das entrevistas foram categorizados em dois grupos (comportamental e socioambiental) para assim subsidiar a análise proposta na pesquisa (CAMPOS, 2004).

As respostas abertas dos questionários aplicados aos 68 gerentes também foram agregadas e utilizadas para análise no estudo.

A discussão dos resultados foi realizada à luz dos referenciais teóricos sobre a promoção da saúde com ênfase nos DSS.

### **3.4 Aspectos Éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG mediante a Plataforma Brasil, com a devida anuência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (processo 064/2016- ano 2016), e está descrito no anexo 4 deste projeto.

Os participantes tomaram conhecimento dos objetivos e métodos da pesquisa e, após esclarecimento das dúvidas apresentadas, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declarando estarem cientes dos objetivos da pesquisa e consentindo sua

participação, conforme os pressupostos da Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Os riscos envolvendo este projeto são mínimos, pois o banco de dados disponibilizado foi codificado para visualização apenas pelos pesquisadores. Depois de finalizada a pesquisa os dados serão publicizados apenas de forma agregada.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise quantitativa dos dados mostra que do total de 147 gerentes de centros de saúde convidados a responder o questionário eletrônico, 76 acessaram o questionário, sendo que 68 deles aderiram à pesquisa. A adesão à pesquisa está distribuída segundo os nove distritos sanitários da cidade e está demonstrada na figura 2 abaixo. Como os distritos contam com número variado de gerentes, optou-se por transformar os números absolutos de cada distrito em taxa para possibilitar a comparação. O distrito com maior participação foi a Pampulha com uma taxa acima de 80%. Os distritos Barreiro, Leste e Noroeste ficaram situados entre 50 e 79%, os distritos Centro Sul, Nordeste e Venda Nova entre 30 e 49% e os distritos Norte e Oeste tiveram as menores taxas de participação ficando abaixo de 30%.

Mesmo diante do conjunto de estratégias inicialmente utilizadas para resposta ao questionário a adesão permaneceu baixa. Houve então uma mobilização junto aos níveis hierárquicos mais elevados no âmbito da gestão da SMSA visando aumentar a participação dos gerentes, entretanto essa ação também não resultou na melhora dos resultados.

Ao problematizar a taxa de adesão de 45,33% à pesquisa, é preciso considerar que as dificuldades podem estar relacionadas não apenas à metodologia adotada e uso do questionário eletrônico para coleta de dados, mas também ao lugar que a promoção da saúde ocupa na agenda dos gestores da APS.

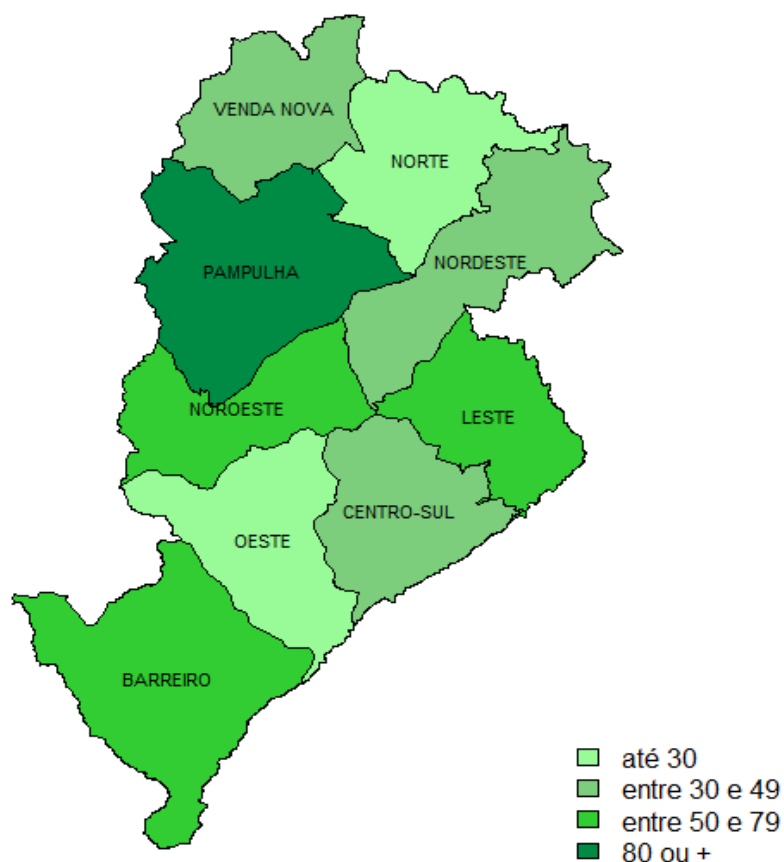
A dificuldade de incluir a promoção da saúde nas agendas da APS também está explicitada na fala dos gestores do nível central:

Em geral as pessoas dizem que a promoção da saúde é muito difícil. Tipo assim: “eu tenho que cuidar é realmente da pessoa que tá sofrendo e que tá doente e a promoção da saúde eu vou deixar pra depois”. E aí eu acho que nos nossos serviços acontece muito isso é um exemplo claro disso é o próprio Liang Gong, que a gente, às vezes, não consegue sensibilizar nem o trabalhador, nem a equipe e nem a gerente porque eles falam assim: “não, eu tenho que ficar aqui pra cuidar do agudo, o apagar do incêndio e a promoção eu vou pensar se der tempo, se sobrar dinheiro, entendeu?” E aí esquece que a promoção tem que estar junto, ao mesmo tempo que você cuida da assistência, você cuida do agudo (...) se não houver esse movimento conjuntamente você vai ficar sempre “enxugando gelo” (Gestor 4 - SMSA)

Fazendo um recorte dessa questão nos espaços de gestão, Melo, Goulart e Tavares, (2011), afirmam que o gerenciamento em saúde ainda está centrado no modelo biomédico, valorizando o trabalho em saúde focado na cura, nas ações individuais e fragmentadas, e sobretudo na doença, sendo pequena a preocupação com o processo de promoção, prevenção e integralidade de atenção ao usuário. A fala de outro gerente do nível central reforça essa visão:

Todas as ações desenvolvidas pela equipe da unidade de saúde estão, de alguma maneira, promovendo saúde, na medida em que buscam melhorar o estado de saúde das pessoas. No entanto, as equipes dos centros de saúde ainda trabalham, em sua maior parte, dentro do modelo médico-centrado. Avançam pouco na perspectiva do conceito ampliado de saúde. (Gestor 5 do nível central da SMSA)

É possível constatar que promoção compete com as ações assistenciais representadas no modelo médico centrado e também que ainda não foi completamente incorporada na organização do processo de trabalho gerencial dos centros de saúde, dificultando inclusive a abertura para participação dos gerentes em pesquisa sobre o tema.



**Figura 4- Distribuição da participação dos gerentes por distrito por taxa**

#### **4.1 Perfil Sócio-Demográfico e Educacional dos Participantes**

O estudo aponta que a maioria dos participantes é do sexo feminino (75%), com idade predominante na faixa entre 35 e 50 anos (47%), de cor branca (61,8%) e em sua maioria com nível de escolaridade de pós graduação (83,8%). Em relação ao tempo de experiência, 47,1% dos participantes informaram possuir de 1 a 5 anos de experiência na gestão e 52,9% acima de 5 anos (tabelas 3 e 4).

A predominância de mulheres na gestão de serviços de saúde encontra resultados semelhantes em estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), sobre o perfil da gestão e dos gestores estaduais e municipais de saúde e que mostrou que mais da metade dos gestores nesta área eram mulheres. Outros estudos realizados junto à gerentes e gestores na APS também confirmam a tendência de aumento da participação feminina que vem ocorrendo nas profissões de saúde (CARVALHO et al 2014; FERNANDEZ, MACHADO e ANSCHAU 2009).

A faixa etária predominante de gerentes que responderam à pesquisa está situada entre 35 e 50 anos. Nas instituições públicas de saúde há uma tendência na construção de carreiras ao longo da vida profissional, diferentemente do que ocorre em organizações privadas, onde há maior facilidade na incorporação de profissionais jovens, treinados para implementar processos de inovação organizacional nos quais se valoriza: conhecimento gerencial, capacidade de inovação e produtividade (CARVALHO et al 2014).

Sobre o nível de escolaridade identificado, ressalta-se que no município estudado o cargo de gerente só pode ser ocupado por profissional com ensino superior completo. Dos gerentes pesquisados 83,8% referem ter nível de escolaridade de pós graduação. Apesar de se esperar que um nível mais elevado de escolaridade reflita uma maior qualidade do gerenciamento realizado na APS, Silva et al (2016) ressaltam que no serviço público pode haver despreparo dos profissionais que assumem os cargos de gestão e gerência, evidenciando a situação de cargos de liderança ocupados por profissionais que não foram capacitados para tal função. Os autores ponderam que uma vez que a educação permanente nem sempre está voltada para a função de gerenciamento, pode haver prejuízo na compreensão das estratégias governamentais e conseqüentemente incoerências nas ações que são prestadas à população (SILVA et al 2016, p 5).

**Tabela 1-Perfil Sócio-Demográfico e Educacional dos Participantes**

Variáveis sociodemográficas	Tempo na função						Total	
	Até 1 ano		Entre 1 e 5 anos		Acima de 5 anos		N	%
	N	%	N	%	N	%		
<b>Sexo</b>								
Feminino	7	13,7	15	29,4	29	56,9	51	75,0
Masculino	3	17,6	7	41,2	7	41,2	17	25,0
<b>Faixa etária</b>								
Até 35 anos	5	38,5	7	53,8	1	7,7	13	19,1
Entre 35 e 50 anos	4	12,5	11	34,4	17	53,1	32	47,1
Acima de 50 anos	1	4,3	4	17,4	18	78,3	23	33,8
<b>Raça/Cor/Etnia</b>								
Amarelo	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,5
Branco	6	14,3	15	35,7	21	50,0	42	61,8
Indígena	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	1,5
Pardo	3	13,0	6	26,1	14	60,9	23	33,8
Preto	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5
<b>Escolaridade</b>								
Curso superior completo	0	0,0	5	50,0	5	50,0	10	14,7
Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)	10	17,5	16	28,1	31	54,4	57	83,8
Não informado	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	1,5
<b>Total</b>								
Total	10	14,7	22	32,4	36	52,9	68	100,0

#### 4.2 Tempo na função e atitudes favoráveis à Promoção da Saúde

Para análise da relação entre o tempo que o gerente está na função e suas atitudes favoráveis à promoção da saúde utilizou-se a técnica de análise por correspondência.

Para a interpretação da associação entre as variáveis é preciso verificar as Tabelas 2 e 3.

A Tabela 2, referente ao tempo na função, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito). A Tabela 4, referente às atitudes favoráveis à promoção de saúde, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito).

**Tabela 2: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (tempo na função).**

<b>Tempo na função</b>	<b>Dimensão 1</b>	<b>Dimensão 2</b>
Até 1 ano	<b>0,9881</b>	0,0119
Entre 1 e 5 anos	<b>0,9889</b>	0,0111
Acima de 5 anos	<b>1,0000</b>	0,0000

**Fonte:** Dados da pesquisa.

**Tabela 3: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (atitudes favoráveis à promoção de saúde).**

<b>Atitudes favoráveis à PS</b>	<b>Dimensão 1</b>	<b>Dimensão 2</b>
Prática	<b>0,9197</b>	0,0803
Planeja	<b>0,9970</b>	0,0030
Executa	<b>0,9997</b>	0,0003

Com base na tabela 2 e no gráfico 1, verifica-se que os gerentes que possuem mais de 5 anos na função estão mais associados com àqueles que possuem atitudes favoráveis ligadas ao planejamento de ações de promoção da saúde, enquanto que os que possuem menor tempo na função são os que mais afirmam executar ações de promoção da saúde. Com base na tabela 2 e no gráfico 1, verifica-se que os gerentes que possuem mais de 5 anos na função estão mais associados com àqueles que possuem atitudes favoráveis ligadas ao planejamento de ações de promoção da saúde, enquanto que os que possuem menor tempo na função são os que mais afirmam executar ações de promoção da saúde.

A relação entre o maior tempo de experiência na gestão (acima de 5 anos) e a atitude de planejamento de ações de promoção da saúde pode ser explicada por uma maior apropriação e conhecimento pelo gerente das demandas e necessidades da população no território em que o centro de saúde se situa. A ênfase na execução de ações de promoção de saúde apontada pelos gerentes com menor tempo de experiência (até 5 anos) pode estar associada à premência pela busca de resultados mais imediatos na organização dos serviços, além de maior disponibilidade para realização desse tipo de ação.

Sabe-se que o planejamento na gestão de serviços de saúde é uma ferramenta organizacional, que “visa à condução da ação para o alcance de resultados e efetivação das metas estabelecidas. Sua implementação é uma atribuição da gerência e, portanto, deve estar inserido no interior do gerenciamento dos serviços” (CARVALHO, 2012, p. 137).

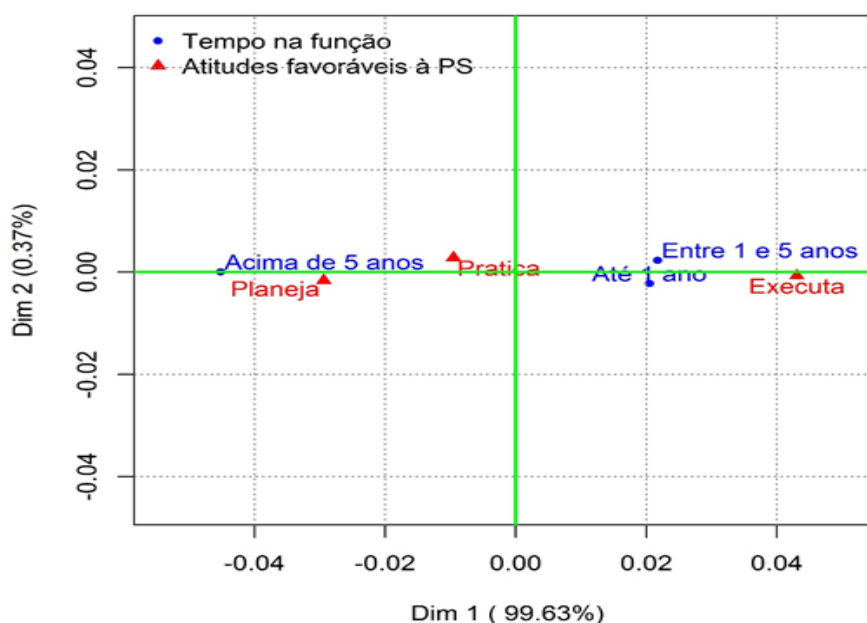
Entretanto, vale destacar que o planejamento específico na área de promoção da saúde exige o desenvolvimento de certas habilidades e competências como descrito por Tavares, Zancan, Carvalho e Rocha (2012):

A gestão da promoção da saúde traz a necessidade de que o gestor se assuma como um gestor social em saúde, na ótica da gestão social, isto é, de somar às funções tradicionais, como as competências de planejamento, gestão administrativa, de condução ou de manejo de recursos humanos e financeiros, a ênfase às dimensões sociais do processo saúde-doença mediante a busca das alianças intersetoriais e a garantia da participação social. Cabe ao gestor adquirir habilidades técnicas e estratégicas para o desenho de projetos comunitários em rede, com a utilização de ferramentas comunicacionais de informação (TAVARES, ZANCAN, CARVALHO E ROCHA, 2012, p 303).

Nesta perspectiva os mesmos autores (2012,p.303) argumentam que planejar e gerir as práticas de promoção exige a compreensão do planejamento como relação interativa e a adoção da negociação cooperativa como meio estratégico possível.



**Gráfico 1- Análise de correspondência entre tempo de experiência e atitudes favoráveis à promoção da saúde**



### 4.3 Concepções e práticas de promoção da saúde

Para possibilitar a compreensão das concepções que os gestores da SMSA e gerentes dos centros de saúde possuem sobre a promoção da saúde, os dados obtidos foram organizados em tabelas para análise da frequência e também concordância entre as respostas. Na sequência foram organizadas discussões em duas grandes categorias temáticas, a saber: Perspectiva Comportamental e Perspectiva Sócioambiental.

No que diz respeito aos dados provenientes dos questionários, a organização das respostas leva em conta que o questionário foi aplicado intencionalmente em duas etapas, sendo que num primeiro momento os gerentes responderam às perguntas abertas e apenas

ao término das questões abertas é que puderam ter acesso às questões fechadas da segunda parte do questionário.

As categorias, tanto na coleta aberta quanto fechada, foram agrupadas na perspectiva comportamental e socioambiental para fins de análise das concepções e práticas identificadas e estão demonstradas na tabela 4 abaixo. Como já explicitado anteriormente, as categorias do bloco comportamental são: Mudança de comportamento e estilo de vida, Atividades físicas e práticas corporais e Prevenção e controle de riscos. No bloco socioambiental estão as categorias: Integralidade do cuidado, DSS/Intersetorialidade, Participação Social e Autonomia e defesa dos direitos. A forma de coleta de dados (questões abertas ou fechadas) também foi considerada na análise e interpretação dos dados.

**Tabela 4- Distribuição de frequência e percentual de respostas sim segundo categorias definidas**

Categoriass	Questões Abertas				Questões Fechadas			
	Concepções		Práticas		Concepções		Práticas	
	Frequência		Frequência		Frequência		Frequência	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Integralidade do cuidado								
Sim	26	38,23	9	13,23	63	92,64	50	73,52
DSS/Intersetorialidade								
Sim	29	42,64	23	33,82	62	91,17	48	82,75
Participação Social								
Sim	29	42,64	11	16,17	52	76,47	42	61,76
Autonomia e defesa dos direitos								
Sim	26	38,23	13	19,11	56	82,35	34	50
Atividades físicas e práticas corporais								
Sim	8	11,76	46	67,64	58	85,29	60	88,23
Mudança de comportamento e estilo de vida								
Sim	47	69,11	48	70,58	60	88,23	58	85,29
Prevenção e controle de riscos								
Sim	8	11,76	16	23,52	53	77,94	42	61,76

Os resultados da frequência simples são confirmados no estudo da concordância entre os grupos de respostas apresentado no item 4.3 do presente relatório.

Na análise do bloco de questões abertas observou-se que tanto nas respostas *sim* sobre as concepções de promoção da saúde quanto sobre as práticas realizadas, as maiores frequências se referiram à categoria *mudança de comportamento e estilo de vida* (69,11% nas concepções e 70,58% nas práticas)

Na análise do bloco das questões fechadas, verificou-se que o percentual de respostas *sim* nas questões referentes às concepções ficou significativamente aumentado em todas as categorias do estudo, tanto na perspectiva comportamental quanto na socioambiental, apontando assim para o entendimento que ainda não existe uma base teórica conceitual consolidada no que diz respeito à promoção da saúde apresentada pelos gerentes, ainda que em muitos momentos a perspectiva comportamental seja prevalente.

Os resultados mostraram que quando os gerentes responderam espontaneamente sobre as concepções e práticas de promoção da saúde (questões abertas) o repertório de respostas encontradas foi mais restrito que quando perguntas semelhantes foram apresentadas sob a forma de uma lista de opções para assinalar (questões fechadas). Os resultados detalhados e analisados serão apresentados a seguir.

#### **4.4 Concepções e práticas na perspectiva comportamental**

##### **4.4.1 Mudança de comportamento e estilo de vida**

Dentre os aspectos das concepções analisados nas questões abertas (tabela 4), a maior frequência de respostas *sim* foi na categoria “*mudança de comportamento e estilo de vida*”, mencionada por 69.11% dos gerentes. Já nas perguntas fechadas o percentual nesta mesma categoria foi de 88,23%. Quando analisamos essa mesma categoria na perspectiva das práticas desenvolvidas verificamos 70,58% (respostas abertas) e 85,29% (respostas fechadas), o que permite identificar uma predominância teórica e prática de uma categoria fundamentada na perspectiva comportamental da promoção da saúde.

A predominância de práticas com foco na mudança de comportamento também aparece na fala de um gestor do nível central durante entrevista realizada. :

(...) todo mundo que fala promoção de saúde aqui na Secretaria lembra de atividade física, alimentação saudável e da questão do tabagismo. São coisas muito concretas. Mas eu acho que pela dimensão que a política tem isso ainda é muito pouco. Mas é o que a gente tá dando conta de fazer. E que bom que pelo menos isso a gente tá dando conta de fazer. (Gestor 2- SMSA)

O discurso da promoção da saúde em prol de uma vida saudável, e que coloca a principal responsabilidade pela saúde no próprio indivíduo, encontra respaldo na vertente comportamental conservadora e foi muito valorizado entre os participantes da pesquisa. Nela os fatores biológicos e comportamentais são ressaltados como determinantes do processo saúde-doença.

Castiel (2010) enfatiza que a vertente comportamental ou conservadora está fundada nos preceitos de fatores de risco e orientada para mudanças comportamentais e estilo de vida. Para este autor a promoção da saúde tanto pode favorecer projetos transformadores quanto mantenedores de certa ordem social.

Carvalho (2013) corrobora este pensamento e afirma que a abordagem reforça posições neoliberalistas e coloca nos indivíduos a responsabilidade sobre a própria saúde reduzindo assim a responsabilidade do estado com custos do sistema de saúde, Esta concepção traz um olhar limitado sobre o “social” e “conceitos como poder, classes sociais, gênero, modo de produção e conflitos estão ausentes ou em posição marginal” (2013, p. 150).

É discutível a efetividade de intervenções culpabilizantes, prescritivas e individualistas, que cotidianamente utilizam técnicas comportamentalistas para abordar questões de saúde voltadas como, por exemplo, para a obesidade, tabagismo, diabetes, hipertensão e consumo de álcool e outras drogas.

Castiel (2010) destaca que apesar das estratégias voltadas para mudanças de estilos de vida terem se tornado tão populares, é preciso reconhecer que existem limitações nos modelos comportamentais. Dessa perspectiva entende-se que o conhecimento ofertado para a população é insuficiente para produzir a mudança de comportamentos pois historicamente são marcadas pelo reducionismo ao atribuírem aos indivíduos toda a responsabilidade por seu adoecimento e exposição a riscos, desconsiderando a complexidade do conjunto de fatores que envolvem o processo saúde e doença.

Assim, esta forma de trabalhar a promoção da saúde, que utiliza a modelagem de comportamentos por meio de prescrições e normatizações, está mais próxima do debate sobre promoção da saúde proposto pelo Relatório Lalonde na década de 1970 do que da perspectiva social da promoção da saúde.

#### 4.4.2 Atividade física e práticas corporais

As atividades físicas e práticas corporais, apesar de tradicionalmente associadas à ideia de mudança do comportamento e estilo de vida, foram analisadas como uma categoria separada nesta pesquisa.

Na primeira parte do questionário que visou apreender o que os gerentes falam espontaneamente sobre a promoção da saúde, a categoria alcançou um percentual baixo de respostas referentes às concepções, ou seja, 11,76%. Entretanto, no que se refere às práticas realizadas, as atividades físicas e práticas corporais foram reconhecidas por 67,64% dos gerentes. Na parte fechada do questionário, provavelmente induzidos pela lista de questões apresentadas, as respostas dos gerentes foram de 85,29% no que se refere às concepções e 88,23% nas questões sobre as práticas.

Vale destacar que um menor percentual de respostas para a categoria *atividade física e práticas corporais* na parte aberta do questionário pode estar associado à organização do processo de trabalho dos profissionais educadores físicos na rede SUS-BH. Estes profissionais foram inseridos na APS para realizar atividades nas chamadas “Academias da Cidade”, que são unidades próximas aos centros de saúde e que estão vinculadas administrativamente aos mesmos. Entretanto como o processo de trabalho acontece extra-muros da unidade, com apenas uma pequena parte da carga horária do educador físico desenvolvida nos centros de saúde, nem sempre o gerente consegue acompanhar de perto as ações realizadas.

Outra questão que pode ter afetado o baixo percentual de respostas sobre a categoria *atividade física e práticas corporais* pelos gerentes, é que quando o programa “Academias da Cidade” foi criado em 2006, pelas especificidades da proposta, a gestão do mesmo no nível central foi conduzida de forma paralela à política da APS, por meio de uma coordenação própria.

Apesar do período de implantação das Academias da Cidade (2006) ter ocorrido próximo da implantação do Lian Gong (2007), parece haver um maior reconhecimento do Lian Gong, já que a prática foi citada pela maioria dos gestores quando se referiram a este grupo de atividades. O Lian Gong, diferentemente das Academias da Cidade, foi implantado desde sua origem nos espaços dos centros de saúde, de forma próxima e acompanhada pelos gerentes da APS. A grande capilaridade do Lian Gong e a diversidade de profissionais envolvidos é revelada na fala de uma gestora entrevistada no nível central:

O Lian Gong começou em 2007. Os instrutores são trabalhadores lotados nas próprias unidades, e são de diversas categorias. A gente tem médicos, enfermeiros, profissionais do NASF, profissionais de nível médio, auxiliares de

enfermagem, de saúde bucal, alguns administrativos, agora temos alguns agentes de combate à endemia e vários ACSs, Todas as categorias de profissionais podem ser instrutores de Liang Gong. É por isso que de 2007 pra cá a gente já capacitou 456 trabalhadores e desses 307 são instrutores que estão na ativa. Então, esses 307 conduzem a prática em 222 espaços, desses, 145 são centros de saúde, mas a gente tá também em alguns espaços da rede que não é a atenção primária.

(gestor 4 - SMSA)

Os achados da pesquisa apontam que embora as Academias da Cidade e Lian Gong sejam atividades já consolidadas na política de promoção da saúde do município, não foram ainda completamente apropriados pelos gerentes dos centros de saúde.

Segundo Castiel (2010) a promoção da atividade física que vêm sendo adotada sob a ótica da promoção da saúde aparece associada ao discurso da vida ativa, porém carrega outros significados que precisam ser desvelados. O autor discute um conjunto de aspectos que precisam ser considerados, tais como: a demonização do sedentarismo e a culpabilização dos indivíduos que não conseguem aderir à prática de atividades físicas; os limites do fornecimento de informações para garantir a mudança do comportamento das pessoas; a ideia de atividade física como suficiente para ter saúde ou, segundo o modelo biomédico, como uma prática correspondente ao remédio para o corpo. Há também o pensamento que a prática de atividade física é barata, simples e acessível e que saúde pode ser obtida sem mudanças socioeconômicas mais profundas.

Sobre as Academias da Cidade o registro da fala de um gestor do nível central mostra que desde o princípio da implantação os objetivos do programa estavam voltados para a redução de fatores de risco, apesar do reconhecimento que a atividade física por si só não pode garantir a promoção da saúde.

Minha experiência vem com as Academias da Cidade. Iniciei na saúde em 2005 com a incumbência de pensar ações de promoção de saúde para a população adulta de BH. Dentro de minha formação, surgiu as Academias da Cidade, pensadas para diminuir os fatores de risco (principalmente o sedentarismo). BH apresentava no ano de 2004 uma taxa de internação de 29% e 44% de óbitos por doenças cardiovasculares e neoplasias, além disso contávamos com o crescimento expressivo da população idosa (...) Foi um trabalho muito compensador. Tivemos muitos relatos de mudança de vida, de como a atividade física interferiu positivamente na vida de várias pessoas. Acredito que a atividade física é uma das inúmeras ferramentas para promover saúde, mas ela sozinha não garante uma melhora na qualidade de vida do indivíduo. (Gestor 6 - SMSA)

As políticas públicas e programas voltados para a alimentação saudável e prática de esportes e atividades físicas procuram atuar neste segmento visando mudar hábitos e melhorar a condição de saúde, porém os resultados nem sempre são efetivos (PELEGRINI & FILHO, 2006).

#### 4.4.3 Prevenção e controle de riscos

Os dados analisados mostram que apesar da prevenção e controle de risco já estar incorporada nos processos de trabalho da APS, o quantitativo de resposta sim para esta categoria é baixo quando os gerentes respondem espontaneamente sobre as concepções, ou seja, 11,76% na parte aberta. Entretanto, quando são solicitados a marcar a lista de opções do questionário fechado, o número de respostas envolvendo o tema sobe para 77,94%. Nas questões relativas às práticas (abertas e fechadas) chegou-se aos percentuais de 23,52% e 61,76. Chama a atenção que nesta categoria todos os resultados sejam inferiores a 78%, uma vez que as ações de prevenção e controle de riscos já fazem parte da carteira de serviços preconizada pelo Ministério da Saúde para a APS e estão incluídas também na Política Nacional de Promoção da Saúde, o que aponta para uma lacuna de conhecimento da promoção da saúde, mesmo na perspectiva tradicional.

A ênfase das ações tradicionalmente organizadas para promover mudança de comportamento e prevenção de riscos, e que estão preconizadas na PNPS nas versões de 2006 e 2014, podem se tornar reducionistas quando operacionalizadas de forma acrítica e desvinculadas dos valores e princípios democráticos e participativos da promoção da saúde. Whestphal (2006, P.657) alerta sobre isso quando pondera:

Um critério essencial para verificar se uma ação, mesmo que tradicionalmente do campo da prevenção secundária, como por exemplo, o controle de fatores de risco de diabetes tipo II, também está promovendo saúde, é identificar se contempla também processos de formação e empoderamento individual e coletivo dos indivíduos e grupos envolvidos. A impossibilidade de participação nos processos de tomada de decisão ou a não-inclusão de ações motivadoras do empoderamento coletivo nos programas de Prevenção, impedem que essas ações sejam classificadas dentro da rubrica da Promoção da Saúde.

Neto & Kind (2013), mostram que no ponto de vista de vários pesquisadores ainda não ocorreu uma grande mudança da concepção de saúde centrada na doença para uma concepção positiva. Para os autores a saúde pública e a promoção da saúde permanecem ainda ancoradas num paradigma centrado na doença, com base no modelo epidemiológico de fatores de risco.

Apesar da forte presença da racionalidade epidemiológica no campo da promoção da saúde, com propostas de medição, avaliação e controle dos riscos, Castiel (2010) alerta que é esse tipo de ideia é ingênua, uma vez que as decisões humanas não são pautadas exclusivamente em critérios racionais. Apesar de ser cômodo acreditar que pelo menos algumas doenças são resultantes de fatores que podem ser controlados, não se pode perder

de vista que a saúde implica em mudanças socioeconômicas mais profundas. A pesquisa em questão não fornece dados que permitam avançar na compreensão se este tipo de questionamento permeia as concepções apreendidas, porém fica a reflexão que a noção de risco pode e deve ser problematizada junto aos gestores.

#### **4.5 Concepções e práticas na perspectiva socioambiental: integralidade do cuidado, determinantes sociais de saúde/ intersectorialidade, participação social, autonomia e defesa dos direitos**

Sobre o bloco de categorias relacionadas à perspectiva socioambiental, os resultados da pesquisa indicam percentuais abaixo de 50% em todos os resultados das questões abertas relacionados às concepções. Os resultados são: Determinantes Sociais de Saúde e intersectorialidade (42,64%), participação social (42,64%), integralidade do cuidado (38,23%) e autonomia e defesa dos direitos (38,23% abertas).

Nas questões fechadas relacionadas à perspectiva socioambiental os resultados são: Determinantes Sociais de Saúde e intersectorialidade (91,17%), participação social (76,47%), integralidade do cuidado (92,64%) e autonomia e defesa dos direitos (82,35%).

Os resultados confirmam o que já foi explicitado anteriormente nesta pesquisa, ou seja: quando os gerentes respondem espontaneamente sobre concepções de promoção da saúde o repertório de respostas é mais restrito que quando perguntas semelhantes são apresentadas sob a forma de uma lista de opções. Tal resultado parece indicar que as concepções de promoção da saúde internalizadas ainda estão mais próximas da perspectiva comportamental que da perspectiva socioambiental. Entretanto, quando o pensamento sobre esse tipo de questão é induzido por listas, há o reconhecimento dos aspectos socioambientais.

Todas as categorias socioambientais quando analisadas do ponto de vista da prática alcançaram percentuais menores nas questões abertas e fechadas que aqueles apontados nas concepções teóricas (Tabela 4), indicando que a retórica do discurso antecede a efetivação da prática. Observa-se que os gerentes já revelam pensamentos sobre a nova promoção da saúde, ainda que na prática esse pensamento não seja operacionalizado.

Ferreira e Kind ressaltam que “a saúde pública comporta um certo descompasso entre discursos e práticas, sendo os primeiros compostos por “imagens-objetivo”, que nem sempre se realizam tal como ensejado nas práticas” ( Ferreira e Kind, 2013, p.26). Sícoli e Nascimento (2003) também mencionam esse aspecto e dizem que o discurso da



promoção vem sendo clarificado e disseminado por diversos autores desde os anos 80, mas que quando se trata de traduzir esse discurso em práticas coerentes, essas se encontram dispersas e desarticuladas e são raras, na opinião desse autor, aquelas que privilegiam a “nova promoção de saúde”.

#### **4.5.1 Integralidade do cuidado**

As respostas encontradas sobre a integralidade do cuidado indicam que nas questões abertas do questionário o percentual de respostas foi de 38,23% quando referindo-se às concepções e 13,23% sobre as práticas. Já nas questões fechadas este percentual fica em 92,64% nas respostas sobre concepções e 75,32% sobre as práticas.

A integralidade do cuidado envolve algumas compreensões, dimensões ou sentidos, a saber: a organização dos serviços de saúde; o conhecimento e práticas dos trabalhadores nos serviços de saúde; e a formulação de políticas governamentais com participação dos atores sociais envolvidos na produção do cuidado (MATTOS, 2001).

O presente estudo mostrou que a categoria integralidade do cuidado foi citada espontaneamente por um percentual pequeno de gerentes, tanto no que se refere às concepções quanto sobre as práticas, apesar do maior percentual que nas respostas induzidas. Considerando que a integralidade do cuidado é uma diretriz básica do Sistema único de Saúde, definida desde a Constituição de 1988 (Brasil, 1988) e que também está definidas pela Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), a pesquisa aponta que parece haver necessidade de uma maior apropriação teórica sobre o assunto e também sobre os marcos relacionados das políticas públicas por parte dos gerentes.

#### **4.5.2 Determinantes Sociais de Saúde /Intersetorialidade**

No conjunto de categorias da perspectiva socioambiental a categoria referente aos Determinantes Sociais de Saúde e intersetorialidade foi a que alcançou maior número de respostas pelos gerentes pesquisados, ou seja 42,64% no que se refere às concepções e 91,17% sobre as práticas considerando as questões abertas. Nas questões fechadas o percentual de respostas foi de 33,82% nas questões relacionadas às concepções e 82,75% nas questões sobre as práticas.

Sobre a relação entre o processo de adoecimento e a vida saudável é enfatizado que é preciso considerar a “influência de relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, à renda, ao lazer, e ao ambiente adequado,

entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida” (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 151).

Considerando que as respostas abertas representam o pensamento que já está internalizado sobre o assunto, e que nem mesmo a metade dos gerentes mencionaram os determinantes sociais de saúde e intersetorialidade como categorias relacionadas à promoção da saúde, é preciso lembrar que o SUS ainda sofre grande influência do modelo médico centrado e especializado em ações curativas e que uma visão reduzida de saúde pelos gerentes pode dificultar a efetivação de ações que possibilitem aos indivíduos e coletividades aumentarem o controle sobre os determinantes.

Em estudo realizado sobre a nova PNPS publicada em 2014, Albuquerque, Sá e Junior (2016, p 1700) refletem que:

Para que se avance sob a ótica dos DSS, faz-se necessário superar o modelo tradicional e hegemônico do setor saúde, projetando um paradigma sanitário que reconheça as expressões singulares e subjetivas na determinação da saúde e da doença, intrínsecos aos modos de vida dos indivíduos e das coletividades nos seus cotidianos. Não se pode trabalhar com equidade em saúde, de forma isolada, apenas por medidas técnicas. É fundamental optar por estratégias de governança intersetorial

A intersetorialidade é assim uma possibilidade concreta de atuar sobre os DSS.

Sobre isso Sicoli e Andrade apontam:

Ao ter como foco ações sobre os determinantes dos problemas de saúde e aquelas necessárias à redução das iniquidades sociais, a operacionalização da promoção requer um trabalho com os múltiplos setores onde estes problemas e iniquidades estão radicados, sendo, portanto a intersetorialidade um princípio essencial. Ele representa outro desafio para as políticas públicas, que apesar de reconhecerem sua importância, encontram enorme dificuldade para implementá-lo devido à persistência da lógica setorial e da fragmentação e desarticulação do modelo administrativo tradicional (SICOLI & ANDRADE, 2003, p 117).

Ainda que não seja um pensamento prevalente entre os gerentes, é possível identificar que existe reconhecimento da importância da intersetorialidade, com as inúmeras dificuldades enfrentadas em sua operacionalização. A fala de um gestor do nível central demonstra isso:

Dentro da política de promoção, poderia ser incorporado pela secretaria a questão da intersetorialidade. Isso é uma coisa que não caminha muito. Ela começa a caminhar aí ela tem um retrocesso que a gente não sabe porque. Hoje as ações mais interssetoriais que sei são as do Saúde na Escola e do NASF. Mas precisa mais. (...) Na questão da violência tem um trabalho da vigilância que não articula com as outras gerencias. A gente tem um banco de dados e a gente não consegue discutir em cima dessa informação, tanto dentro da secretaria quanto fora e muitas vezes são os técnicos que acabam buscando os caminhos pra poder conseguir discutir com outro setor (Gestor 4 do nível central da SMSA).

Identifica-se assim a necessidade de se avançar na prática da intersetorialidade para que a promoção da saúde de fato atue sobre determinantes de saúde mais amplos (sócios, políticos e econômicos) e possa reduzir as equidades e produzir saúde.

#### **4.5.3 Participação social**

Na categoria participação social os resultados encontrados nas questões abertas referentes às concepções foi de 42,64% e de 16,76% referente às práticas. Nas questões fechadas o percentual de respostas foi de 76,47% quando se tratava de concepções e 61,76% quando relacionado às práticas. É notório o baixo percentual de respostas espontâneas sobre a participação social no grupo de gerentes.

Para a Organização Mundial da Saúde, a participação é compreendida como o envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas (SÍCOLI; NASCIMENTO, p. 108, 2003).

No Brasil a participação social ganha força desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, que definiu as diretrizes políticas da reforma sanitária brasileira. Nesta perspectiva foram criadas instâncias de participação popular, tais como as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde (BRASIL, 1988).

A fala de um dos gerentes pesquisados exemplifica como se concretiza essa participação dos usuários, parceiros intersetoriais e equipes, na resolução dos problemas da comunidade:

Por exemplo, quando você implica a comunidade juntamente com o poder público e outros equipamentos públicos a pensar sobre a questão do lixo e alternativas comunitárias para seu enfrentamento, que vai além da coleta, você torna cada participante protagonista do processo e o implica em uma ação, do qual ele também fez parte desta construção e não é mero executor. Isto faz toda diferença. Esta é a pauta da próxima reunião ampliada da comissão local de saúde (Gerente APS).

Pedrosa (2004. Pag 618), mostra que uma das compreensões a cerca da promoção da saúde é aquela que envolve as intervenções sustentadas pela articulação intersetorial e da participação social e que está voltada para a consecução do direito à saúde, operando ações que visem à melhoria das condições de vida, seja no espaço dos serviços de saúde, no espaço do parlamento e no espaço das comunidades. Neste sentido , a fala do gerente

acima, ainda que seja apenas um exemplo, já aponta para uma concepção de promoção da saúde mais próxima da perspectiva sócioambiental.

#### **4.5.4 Autonomia e defesa dos direitos**

Os resultados encontrados sobre a categoria autonomia e defesa dos direitos mostram que nas questões abertas o percentual referente às concepções é 38,23% e de apenas 19,11% sobre as práticas. Nas questões fechadas o percentual fica em 82,35% das questões referentes às concepções e 50% referentes às práticas.

A autonomia do indivíduo é princípio fundamental no ideário da abordagem socioambiental de promoção da saúde, entretanto no presente estudo foi revelada timidamente no conjunto de dados analisados. Para Castoriades (1991), o entendimento de autonomia é que trata-se de uma condição que o indivíduo constrói na relação com o outro, socialmente, à medida em que cada um se constitui como sujeito.

Sobre a defesa dos direitos o SUS se destaca pela criação de políticas específicas para os segmentos populacionais mais vulneráveis. O campo de trabalho na APS é permeado por estas políticas, tais como as que garantem direitos para pessoas com deficiência, idosos, pessoas com transtornos mentais, população em situação de rua, dentre outros. É de suma importância que os gestores estejam apropriados dos direitos dos usuários, porém menos de 40% dos gerentes apresentam falas relacionadas às concepções e práticas relacionadas à autonomia e defesa dos direitos dos usuários.

Souto *et all* (2016) destacam o papel do Estado e dos movimentos sociais na garantia dos direitos conquistados no campo das políticas públicas de saúde

Ao abordar o conceito de equidade, trazendo junto o conceito de igualdade e justiça, se redimensiona a compreensão do papel do Estado e das políticas públicas e, em particular, o papel da saúde, a partir do conceito de promoção e qualidade de vida, de direitos e cidadania. Essa dimensão coloca para os movimentos sociais os desafios de consolidar e afirmar os espaços de participação social como instâncias importantes para garantir os avanços conquistados e fortalecer a democracia participativa (SOUTO *et all* 2016, p. 61)

Reconhecer a autonomia dos sujeitos em relação aos seus modos de viver e opções que fazem sobre sua saúde parece constituir-se como um desafio a ser superado pelos gestores e gerentes, juntamente com uma maior apropriação em relação à garantia de defesa dos direitos de cidadania.

#### **4.6 Confirmação dos resultados: Análise da concordância entre os grupos de respostas**

Na análise de concordância entre as respostas buscou-se confirmar os resultados encontrados na distribuição de frequência simples. Para isso foi utilizado o Teste de Kappa,, que é uma medida que permite classificar uma série de unidades observacionais conforme concordância entre elas, variando da menor para a maior concordância: Nenhuma concordância, Concordância pobre Concordância leve, Concordância moderada, Concordância substancial até em uma Concordância quase perfeita.

*Na análise da concordância sobre as concepções* apresentadas pelos gerentes segundo a forma de coleta (aberta e fechada) verificou-se pouca concordância entre as categorias definidas. Os resultados foram: “intersetorialidade” (não houve concordância) “integralidade do cuidado” (concordância pobre), “defesa dos direitos e autonomia” (concordância pobre), “práticas corporais e atividade física” (leve concordância), “prevenção e controle de riscos” (leve concordância) e “mudança de comportamento e estilo de vida” (leve concordância) “participação social” (concordância moderada). Ressalta-se que para nenhuma das categorias encontrou-se concordância substancial ou concordância quase perfeita. (Tabela 5).

A pesquisa mostra que na maior parte das categorias incluídas na concepção socioambiental (integralidade do cuidado, intersetorialidade, autonomia e defesa dos direitos) a concordância é menor que nas categorias vinculadas à concepção comportamental (práticas corporais e atividade física, mudança de comportamento e estilo de vida e prevenção e controle de riscos).

Esses achados revelam que os gerentes concordam predominantemente com a uma visão de promoção de saúde focada na mudança de comportamento e na prevenção de doenças que na visão mais ampliada representada pela concepção socioambiental, apesar da categoria participação social e cidadania ter ficado com um índice de concordância moderada. Esse resultado reforça o que foi encontrado na análise das concepções a partir da distribuição de frequência simples, já descrito acima. Tal achado confirma que predomina entre os gerentes uma concepção de promoção da saúde comportamental.

Entretanto, quando são cruzadas as informações sobre concepções e práticas na coleta aberta, que é o tipo de registro que exige que a pessoa fale do que realmente acredita sem a indução de uma lista de opções, há uma diversidade de respostas, o que reforça a ideia da pluralidade conceitual e operacional da promoção da saúde no âmbito da APS em Belo Horizonte.

**Tabela 5. Concordância entre respostas**

a) Concepções - coleta aberta e na coleta fechada

		Concepções (coleta fechada)				Práticas (coleta aberta)				Total	
		Não	Sim	Não informado	Teste Kappa*	Não	Sim	Não informado	Teste Kappa*		
Concepções (coleta aberta)	Integralidade do cuidado	Não	n	1	40	1				42	
			%	1,5%	58,8%	1,5%				61,8%	
		Sim	n	2	23	0				25	
			%	2,9%	33,8%	0,0%				36,8%	
		Não informado	n	0	0	1	0,144 (0,083)			-0,131 (0,237)	1
			%	0,0%	0,0%	1,5%				1,5%	
	Total	n	3	63	2				68		
	%	4,4%	92,6%	2,9%					100,0%		
	Intersetorialidade	Não	n	3	35	1				39	
			%	4,4%	51,5%	1,5%				57,4%	
		Sim	n	0	27	1				28	
			%	0,0%	39,7%	1,5%				41,2%	
		Não informado	n	0	0	1	0,022 (0,786)			0,210 (0,085)	1
			%	0,0%	0,0%	1,5%				1,5%	
	Total	n	3	62	3				68		
	%	4,4%	91,2%	4,4%					100,0%		
Participação social e cidadania	Não	n	7	31	1				39		
		%	10,3%	45,6%	1,5%				57,4%		
	Sim	n	7	21	0				28		
		%	10,3%	30,9%	0,0%				41,2%		
	Não informado	n	0	0	1	0,586 (0,000)			0,291 (0,014)	1	
		%	0,0%	0,0%	1,5%				1,5%		
Total	n	14	52	2				68			
%	20,6%	76,5%	2,9%					100,0%			
Autonomia e defesa dos direitos	Não	n	4	33	1				39		
		%	6,0%	49,3%	1,5%				57,4%		
	Sim	n	4	23	1				28		
		%	6,0%	34,3%	1,5%				41,2%		
	Não informado	n	0	0	1	0,136 (0,108)			0,211 (0,062)	1	
		%	0,0%	0,0%	1,5%				1,5%		
Total	n	8	56	3				68			
%	11,9%	83,6%	4,5%					100,0%			

			Práticas corporais e atividades físicas			Práticas corporais e atividades físicas			
Práticas corporais e atividades físicas	Não	n	4	52	1	20	37	0	57
		%	5,9%	76,5%	1,5%	29,4%	54,4%	0,0%	83,8%
Práticas corporais e atividades físicas	Sim	n	4	6	0	1	9	0	10
		%	5,9%	8,8%	0,0%	1,5%	13,2%	0,0%	14,7%
Práticas corporais e atividades físicas	Não informado	n	0	0	1	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%
Total	n	n	8	58	2	21	46	1	68
		%	11,8%	85,3%	2,9%	30,9%	67,6%	1,5%	100,0%
			Mudança de comportamento e estilo de vida			Mudança de comportamento e estilo de vida			
Mudança de comportamento e estilo de vida	Não	n	3	16	1	9	11	0	20
		%	4,4%	23,5%	1,5%	13,2%	16,2%	0,0%	29,4%
Mudança de comportamento e estilo de vida	Sim	n	3	44	0	9	38	0	47
		%	4,4%	64,7%	0,0%	13,2%	55,9%	0,0%	69,1%
Mudança de comportamento e estilo de vida	Não informado	n	0	0	1	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%
Total	n	n	6	60	2	18	49	1	68
		%	8,8%	88,2%	2,9%	26,5%	72,1%	1,5%	100,0%
			Prevenção e controle de riscos			Prevenção e controle de riscos			
Prevenção e controle de riscos	Não	n	12	42	1	42	14	0	56
		%	17,9%	62,7%	1,5%	61,8%	20,6%	0,0%	82,4%
Prevenção e controle de riscos	Sim	n	0	11	0	8	3	0	11
		%	0,0%	16,4%	0,0%	11,8%	4,4%	0,0%	16,2%
Prevenção e controle de riscos	Não informado	n	0	0	1	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%	1,5%
Total	n	n	12	53	2	50	17	1	68
		%	17,9%	79,1%	3,0%	73,5%	25,0%	1,5%	100,0%

\* Coeficiente Kappa e o valor p para H0: K=0 vs H1: K>0; K (valor p).

## b) Concepções x Práticas -coleta aberta

*Na análise das práticas* (coleta aberta e fechada) apresentadas pelos gerentes a falta de concordância fica ainda mais visível. Não houve concordância nas categorias “integralidade do cuidado” participação social”, defesa dos direitos e autonomia”, “atividade física e práticas corporais” e “prevenção e controle de riscos”. Já nas categorias “intersetorialidade” e “mudança de comportamento e estilo de vida” o resultado mostrou concordância pobre. Verifica-se assim que para nenhuma das categorias referentes às práticas encontrou melhores níveis concordância, ou seja, leve, moderada, substancial ou quase perfeita. (Tabela 6).

**Tabela 6. Concordância entre respostas**

a) Práticas - coleta aberta e na coleta fechada

b) Concepções x Práticas -coleta fechada

		Práticas (coleta aberta)				Concepções (coleta fechada)				Total
		Não	Sim	Não informado	Teste Kappa*	Não	Sim	Não informado	Teste Kappa*	
		<b>Integralidade do cuidado</b>				<b>Integralidade do cuidado</b>				
Integralidade do cuidado	Não	N	13	4	0	2	14	1		17
		%	19,1%	5,9%	0,0%	2,9%	20,6%	1,5%		25,0%
	Sim	N	40	9	1	1	48	1		50
		%	58,8%	13,2%	1,5%	1,5%	70,6%	1,5%		73,5%
						-0,031 (0,645)				0,144 (0,083)
	Não informado	N	1	0	0	0	1	0		1
		%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%		1,5%
	Total	N	54	13	1	3	63	2		68
		%	79,4%	19,1%	1,5%	4,4%	92,6%	2,9%		100,0%
		<b>Intersetorialidade</b>				<b>Intersetorialidade</b>				
Práticas (coleta fechada)	Não	N	7	12	0	1	16	2		19
		%	10,3%	17,6%	0,0%	1,5%	23,5%	2,9%		27,9%
	Sim	N	29	18	1	2	45	1		48
		%	42,6%	26,5%	1,5%	2,9%	66,2%	1,5%		70,6%
						-0,196 (0,066)				0,022 (0,786)
	Não informado	N	1	0	0	0	1	0		1
		%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%		1,5%
	Total	N	37	30	1	3	62	3		68
		%	54,4%	44,1%	1,5%	4,4%	91,2%	4,4%		100,0%
		<b>Participação social e cidadania</b>				<b>Participação social e cidadania</b>				
Práticas (coleta fechada)	Não	N	18	8	0	14	12	0		26
		%	26,5%	11,8%	0,0%	20,6%	17,6%	0,0%		38,2%
	Sim	N	28	12	2	0	40	2		42
		%	41,2%	17,6%	2,9%	0,0%	58,8%	2,9%		61,8%
						-0,007 (0,947)				<b>0,586 (0,000)</b>
	Total	N	46	20	2	14	52	2		68
		%	67,6%	29,4%	2,9%	20,6%	76,5%	2,9%		100,0%
		<b>Autonomia e defesa dos direitos</b>				<b>Autonomia e defesa dos direitos</b>				
Práticas (coleta fechada)	Não	N	27	7	0	6	25	2		33
		%	39,7%	10,3%	0,0%	9,0%	37,3%	3,0%		49,3%
	Sim	N	23	9	2	2	31	1		34
		%	33,8%	13,2%	2,9%	3,0%	46,3%	1,5%		50,7%
						0,076 (0,475)				0,136 (0,108)
	Total	N	50	16	2	8	56	3		67
		%	73,5%	23,5%	2,9%	11,9%	83,6%	4,5%		100,0%
		<b>Práticas corporais e atividades físicas</b>				<b>Práticas corporais e atividades físicas</b>				
Práticas corporais	Não	N	3	5	0	3	5	0		8
		%	4,4%	7,4%	0,0%	4,4%	7,4%	0,0%		11,8%
	Sim	N	17	41	1	5	52	2		59



Atividades físicas	Não informado	N	25,0%	60,3%	1,5%		7,4%	76,5%	2,9%		86,8%	
		%	1	0	0		0	1	0		1	
	Total	N	1,5%	0,0%	0,0%		0,0%	1,5%	0,0%		1,5%	
		%	21	46	1		8	58	2		68	
			Mudança de comportamento e estilo de vida			Mudança de comportamento e estilo de vida						
Mudanças de comportamento e estilo de vida	Não informado	N	4	6	0		3	7	0		10	
		%	5,9%	8,8%	0,0%		4,4%	10,3%	0,0%		14,7%	
	Sim	N	14	43	1		3	53	2		58	
		%	20,6%	63,2%	1,5%		4,4%	77,9%	2,9%		85,3%	
	Total	N	18	49	1	0,116 (0,310)	6	60	2	0,295 (0,013)	68	
		%	26,5%	72,1%	1,5%		8,8%	88,2%	2,9%		100,0%	
				Prevenção e controle de riscos			Prevenção e controle de riscos					
	Prevenção e controle de riscos	Não informado	N	20	5	0		7	16	1		24
%			29,4%	7,4%	0,0%		10,4%	23,9%	1,5%		35,8%	
Sim		N	29	11	1		4	36	1		41	
		%	42,6%	16,2%	1,5%	0,064 (0,495)	6,0%	53,7%	1,5%	0,230 (0,040)	61,2%	
Total		N	1	1	0		1	1	0		2	
		%	1,5%	1,5%	0,0%		1,5%	1,5%	0,0%		3,0%	
			Prevenção e controle de riscos			Prevenção e controle de riscos						
			Prevenção e controle de riscos			Prevenção e controle de riscos						
			Prevenção e controle de riscos			Prevenção e controle de riscos						
			Prevenção e controle de riscos			Prevenção e controle de riscos						

\* Coeficiente Kappa e o valor p para H0: K=0 vs H1: K>0; K (valor p).

Corroborando os resultados sobre as concepções, a análise da concordância referente às práticas de promoção da saúde, verificou-se que as categorias que predominam são aquelas voltadas para a concepção comportamental que inclui as mudanças de hábitos estilo de vida. Dessa forma essa análise da concordância entre respostas reforça os achados anteriores.

De uma maneira ampla pode-se inferir que as concepções e práticas apresentadas pelos gerentes no que se refere à abordagem socioambiental encontram-se pulverizadas e em menor proporção quando comparadas à perspectiva comportamental.

Entretanto, algumas falas ao longo do estudo revelam que parece haver uma transição para patamares mais amplos na visão relacionada à promoção da saúde, conforme pode ser confirmado na fala de um gestor da SMSA:

Eu acho que está aumentando o foco da promoção. Antes a gente tinha uma visão muito curativa que está evoluindo. A gente ainda tem um pouco dessa visão que acho difícil da gente eliminar completamente pela questão da demanda. Mesmo

assim acho que os próprios gestores já estão com uma visão mais ampliada, Mesmo porque se a gente não promover a saúde a gente vai aumentar mais ainda a demanda pra essas práticas curativas. Tem também a proposta de construção da política municipal de promoção da saúde. Então, eu acho que vai ampliar e dar mais visibilidades para as ações (Gestor 2 do nível central da SMSA).

Para Buss (2000), o conceito de Promoção da Saúde tem sido interpretado de diferentes formas ao longo de sua construção, ou seja, sob uma perspectiva conservadora e sob outra crítica. A primeira encontra-se centrada na redução do peso econômico dos serviços de saúde ao responsabilizar o indivíduo pela construção de seu estado de saúde desejável. Na segunda, o cerne é a transformação social mediante a capacitação dos cidadãos.

Como já mencionado anteriormente no presente trabalho, para Castiel (2010), há também de uma terceira abordagem, ainda não concluída:

Há ainda quem vislumbre uma terceira abordagem de promoção da saúde que, numa perspectiva crítica, seria capaz de superar as limitações da abordagem comportamentalista e da nova promoção da saúde. Embora haja autores (Carvalho, 2005) que já dediquem estudos à questão, trata-se de uma tarefa inconclusa, uma vez que o conceito de risco epidemiológico aparece como elemento essencial das abordagens hegemônicas de promoção da saúde (CASTIEL, 2010 p.34).

Carvalho (2013) alerta para as muitas ambiguidades e contradições presentes nos enunciados teóricos da promoção da saúde e diz que isso também se observa nas estratégias desenvolvidas.

Whesphal (2006), enfatiza que a abordagem comportamental, que inclui em seu escopo a prevenção das doenças, pode caminhar junto com a perspectiva da promoção da saúde socioambiental, desde amplie seu potencial para produzir saúde socialmente, reforçando a participação social e o protagonismo dos diversos envolvidos.

Para Melo (2016), a abordagem da promoção da saúde, em suas múltiplas formulações, implica a crítica do modelo biomédico e sua ampliação por meio da inclusão de elementos sociais na explicação /produção da saúde e doença. A autora esclarece que

Em se tratando de promoção da saúde, muitos certamente tematizarão as prescrições comportamentalistas. Igualmente certo é que entre tantos, pelo menos alguns lembrarão os nexos mais amplos, as determinações profundas, e vice e versa. Nesse processo, virão também as críticas, as denúncias, as recusas, as possibilidades e o surgimento do novo. Nesses termos, a questão se torna outra e reside não em perguntar qual modelo deve ou não ser adotado, mas se, qualquer que seja ele, está fortemente vinculado à práxis da autonomia dos cidadãos que, ao fim e ao cabo, constitui o modo de superar as insuficiências de cada abordagem, individualista ou estrutural, isoladamente. (MELO, 2016, p. 12).

Castiel também discute sobre como a imprecisão da promoção da saúde pode estar a serviço tanto de projetos transformadores quanto mantenedores da ordem, já que pode “significar ao mesmo tempo muitas coisas diferentes para muita gente” (CASTIEL, 2010, P. 61).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo analítico e reflexivo realizado neste estudo problematiza as concepções e práticas explicitadas por gestores e gerentes da SMSA de Belo Horizonte. Os resultados encontrados revelam que a promoção da saúde é predominantemente compreendida sob a perspectiva tradicional, com foco nos aspectos biológicos, comportamentais e preventivistas. Coerente com as concepções, as práticas de promoção da saúde estruturam-se como estratégias que privilegiam a prevenção de riscos e agravos por meio de práticas coletivas ou grupais, tais como orientações sobre alimentação saudável, atividades físicas e práticas corporais, controle do tabagismo, dentre outras. Sobre este aspecto o estudo desvelou a predominância de programas verticalizados, que reproduzem políticas ministeriais voltadas quase sempre para a prevenção de doenças crônicas.

Embora os gestores e gerentes também reconheçam elementos da perspectiva social e participativa como parte da política de promoção da saúde, esses não possuem o mesmo destaque que aqueles relacionados à perspectiva individualista e comportamental. Pode-se afirmar que ainda é incipiente a compreensão de Promoção da Saúde em sua perspectiva crítica vinculada à noção de cidadania, à valorização da autonomia, ao reconhecimento dos determinantes sociais da saúde na produção de iniquidades e desigualdades, e na aposta na intersetorialidade e na participação social como possibilidades de materialização de ações práticas.

Consta-se que as concepções da perspectiva socioambiental ainda não estão suficientemente consolidadas entre gestores e gerentes, visto que permanece o paradigma biologicista e comportamental do processo saúde-doença. Entende-se assim que as concepções apresentadas ainda não possuem potência para influenciar a implementação de práticas que rompam com o modelo biomédico prevalente e assim alcançar o nível de transformação necessário à reorientação do modelo assistencial proposto para o SUS.

É preciso considerar que mesmo diante de uma predominância de uma concepção comportamentalista, o estudo mostra que as concepções e práticas apreendidas nas falas

dos gerentes são diversificadas e indicam uma imprecisão sobre o que se compreende como promoção da saúde no âmbito da gestão do SUS-BH.

Pesquisa realizada por Silva e colaboradores em 2012, corroboram os achados do presente estudo e permitem inferir que a dificuldade em reconhecer conceitos da promoção da saúde e exemplificar sua concretização pode estar associada ao modelo biomédico de formação profissional e também ao enfoque dado pela PNPS no controle das doenças crônicas não transmissíveis, reforçando uma visão reducionista restrita à prevenção e riscos de doença (SILVA *et all* 2012)

Conclui-se então que um desafio está posto no sentido de transcender abordagens tradicionais, para que a política de promoção da saúde possa cumprir seu papel na redução das desigualdades sociais e iniquidades. Um caminho sinalizado seria incorporar nos espaços de gestão e de práticas a problematização de temas como Determinantes Sociais de Saúde, integralidade do cuidado, participação social, cidadania, autonomia, defesa dos direitos e intersetorialidade.

## REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, T.I.P e; FRANCO DE SA, R.M.P; ARAUJO JUNIOR, J.L.A Correia. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão?. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 6, p. 1695-1706, June 2016
2. AKERMAN, M; MENDES, R; BOGUS, C.M. É possível avaliar um imperativo ético?. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 605-615, Sept. 2004 .
3. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. O coletivo de uma construção. O Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Rona Editora, 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. VII Conferência Nacional de Saúde. Relatório final, 1986.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 2006.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, 2009.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
8. BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2012.
9. BUSS, P. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência & Saúde Coletiva* ,v. 5, nº1, pp 163-167,2000.
10. BUSS, P.M., CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 6, p. 2305-16, 2009.
11. CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 57, n. 5, p. 611-614, Oct. 2004
12. CARVALHO, B.G. Coordenação de Unidade da Atenção Básica no SUS: trabalho, interação e conflitos [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
13. CARVALHO, B.G et al. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2014, vol.48, n.5, pp.907-914.
14. CARVALHO, A. I; et al. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 521-529, jul./set. 2004.
15. CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 20, v 4, p.1088-1095, 2004a.
16. \_\_\_\_\_. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.9, v. 3, p. 669-678, 2004b.
17. \_\_\_\_\_. Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: HUCITEC, 2005.
18. CASTIEL, L.D. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria comunidade. *Revista Saúde Pública*, v. 38, n.5, 2004.
19. \_\_\_\_\_. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,2010.
20. CASTORIARDES, C. A Instituição imaginária da sociedade. 3. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
21. CASTRO, A.; MALO, M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

- 23.FERNANDES L.C.L, MACHADO R.Z, ANSCHAU G.O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009.
- 24.FERREIRA, M.S.; CASTIEL, L.D; CARDOSO,M.H.C.A. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. *Ciência & Saúde Coletiva* Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 865-872, 2011 .
- 25.FERREIRA NETO JL, KIND L. Promoção da saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família. São Paulo: Editora Hucitec; 2011.
- 26.GIOVANELLA, A. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):783-794, 2009.
- 27.GREENACRE M.J. Theory and Applications of Correspondence Analysis, London, Academic Press. 1984
- 28.\_\_\_\_\_. Correspondence Analysis in Practice. Chapman & Hall/CRC, Boca Raton, second edition. 2007
- 29.IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa de informações básicas estaduais. Pesquisa de informações básicas municipais. Perfil dos estados e dos municípios brasileiros. 2014. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
- 30.MALTA, D.C.; CASTRO, A.M. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. B. Téc. Senac, v. 35, n. 2, p. 63-71, 2009.
- 31.MALTA, D.C et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, p. 4301-4312, Nov. 2014
32. MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001. p. 39-64.
- 33.MEDINA, M.G.; SILVA, G.A.P.; AQUINO, R. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 41-63, 2010.
- 34.MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde debate* n. 38, p. 69-82, 2014
- 35.MELO, F.A.B; GOULART, B.F; TAVARES, D.M.S, Gerência em saúde: a percepção de coordenadores da estratégia saúde da família, em Uberaba-MG. *Ciência Cuidado Saúde*, vol. 10, n. 3, p. 498-505, 2011. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13261/pdf>
36. MELO, E.M. Ação comunicativa, democracia e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro , v. 10, supl. p. 167-178, dic. 2005 .
- 37.MOYSES, S. T; FRANCO S. R. Planos locais de promoção da saúde: intersetorialidade(s) construída(s) no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, p. 4323-4330, Nov. 2014
- 38.MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec, 407p., 2008.
- 39.MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. 4 ed.
40. SICOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v.7, n.12,

p.101-122, 2003.

41.SIEGEL S, CASTELLAN N. Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences. 2.ed. New York: McGraw-Hill. p 284-285, 1988.

42.PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E. A. O Sistema Único de Saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec/OPAS, 2006, p. 19-40.

43. PEDROSA, J.I.S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.617- 626, 2004.

44. SANTOS,A.S et all. Perfil de Gerentes da Atenção Primária à Saúde de um Município de Minas Gerais, Brasil. *Rev Enferm Atenção Saúde [Online]*. Jan/Jul 2016

45.SILVA K.L., SENA R.R., SEIXAS C.T., SILVA M.E.O., FREIRE L.A.M. Desafios da política, da gestão e da assistência para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. *REME Rev Min Enferm* [serial on the internet]. 2012 [cited 2015 Oct 26];16(2):178-87.

46. SOUTO, Kátia Maria Barreto et al . Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 40, n. spe, p. 49-62, Dec. 2016 .

47.TAVARES, M.F.L; ZANCAN L.; CARVALHO, A.I; ROCHA R.M. Promoção da saúde como política e a Política Nacional de Promoção da Saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR W.V (org.). *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; p.297-310. 2011.

48.TURCI, M. A. Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: HMP Comunicações: 204 p. 2008.

49.WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.635-667.

50.ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. The social determinants of health in the view of the social theory. *Saúde Soc*, v. 16, n. 3, p. 26-34, 2007.

## **ANEXO I - Roteiro do questionário eletrônico**

### **Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Faculdade de Medicina/UFMG**

#### **Pesquisa sobre a implementação da política municipal de promoção da saúde**

Concorda com o TCLE?

- Sim, concordo em participar.  
 Não, discordo em participar.

#### **Questionário sobre Promoção de Saúde**

##### **PARTE I**

1. Você é gerente de Centro de Saúde?

1. Sim  2. Não

2. Distrito Sanitário:

1. Barreiro  
 2. Centro sul  
 3. Leste  
 4. Nordeste  
 5. Noroeste  
 6. Norte  
 7. Oeste  
 8. Pampulha  
 9. Venda Nova

3. Tempo na função: \_\_\_\_\_

4. Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

5. SeXo

1. Masculino  2. Feminino

6. Raça/cor/etnia

- Branco  
 Preto  
 Pardo  
 Índio  
 Amarelo

7. Escolaridade

1. ensino fundamental ou supletivo de 1º grau  
 2. ensino médio ou supletivo completo  
 3. ensino médio incompleto  
 4. curso superior completo  
 5. curso superior incompleto  
 6. pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)  
 7. nunca estudou



8. Você pratica alguma atividade de promoção de saúde em sua vida pessoal?

( ) 1. Sim      ( ) 2. Não      (...) Não sabe      ( ) Não respondeu

9. Você planeja ações de promoção de saúde em seu trabalho?

( ) 1. Sim      ( ) 2. Não (...) Não sabe      ( ) Não respondeu

10. Você executa ações de promoção de saúde em seu trabalho?

( ) 1. Sim      ( ) 2. Não (...) Não sabe      ( ) Não respondeu

11. Cite aspectos que, na sua opinião, são essenciais na definição de promoção de saúde:

---

---

---

12. Cite princípios e diretrizes que em sua opinião são essenciais como objetivos norteadores da promoção de saúde:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

13. Cite estratégias que em sua opinião são essenciais e inerentes ao desenvolvimento operacional e exercício da promoção de saúde:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

14. Cite ações de promoção de saúde que, na sua opinião, todos centros de saúde deveriam desenvolver.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

15. Cite os aspectos que, em sua opinião, representam dificuldades ou barreiras para o desenvolvimento de promoção de saúde:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

16. Cite iniciativas desenvolvidas no seu centro de saúde com o objetivo de superar as dificuldades encontradas no desenvolvimento e exercício da promoção de saúde:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

17. A gestão municipal (distrital e/ou central) oferece algum tipo apoio, incentivo ou estímulo para as ações de promoção da saúde?

( ) 1.Sim      ( ) 2.Não      ( ) Não sabe      ( ) Não respondeu

17a. Se sim para questão anterior, favor especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Existe algum documento que comprove que a SMSA investe nas ações de Promoção da Saúde?

( ) 1.Sim      ( ) 2.Não      (...) Não sabe      ( ) Não respondeu

18a. Se sim para questão anterior, favor especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. A gestão municipal realiza algum tipo de avaliação da promoção da saúde?

( ) 1.Sim      ( ) 2.Não      (...) Não sabe      ( ) Não respondeu

19a. Se sim para questão anterior, favor especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. Na sua opinião, quais são os desafios enfrentadas na atenção à saúde do adolescente (acolhimento e atendimento), particularmente, no âmbito da seXualidade?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PARTE 2

1. Marque, dentre os aspectos listados abaixo, aqueles que, no seu entendimento, constituem características **ESSENCIAIS** à promoção de saúde, ou seja, devem **NECESSARIAMENTE** estar incluídos na sua definição, objetivos e estratégias de efetivação.

1. Produção, desenvolvimento e organização da integralidade do cuidado

( ) 1. Sim      ( ) 2 Não

2. Articulação das ações de saúde com a ação de outros setores

( ) 1. Sim      ( ) 2 Não

3. Produção, desenvolvimento e organização do cuidado em rede

- ( ) 1. Sim ( ). 2 Não
4. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas sociais voltadas para a redução das desigualdades sociais  
( ) 1. Sim ( ). 2 Não
5. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas sociais e de saúde pautadas na participação social  
( ) 1. Sim ( ). 2 Não
6. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas voltadas para o desenvolvimento da mobilidade humana  
( ) 1. Sim ( ). 2 Não
7. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas voltadas para o desenvolvimento sustentável  
( ) 1. Sim ( ). 2 Não
8. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas voltados para a cultura de paz  
( ) 1. Sim ( ). 2 Não
9. Produção e defesa dos direitos humanos  
( ) 1. Sim ( ). 2 Não
10. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas voltadas para o desenvolvimento da autonomia  
( ) 1. Sim ( ). 2 Não
11. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas voltados para o desenvolvimento de relações e condições de trabalho livres de dominação e exploração  
( ) 1. Sim ( ). 2 Não
12. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas voltados para o desenvolvimento e preservação do meio ambiente  
( ) 1. Sim ( ). 2 Não
13. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas voltados para o desenvolvimento de cidadania.  
( ) 1. Sim ( ). 2 Não
14. Produção e desenvolvimento de alimentação adequada e saudável  
( ) 1. Sim ( ). 2 Não
15. Produção e desenvolvimento de práticas corporais e atividades físicas  
( ) 1. Sim ( ). 2 Não
16. Enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados  
( ) 1. Sim ( ). 2 Não

17. Enfrentamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas

( ) 1. Sim ( ) 2 Não

18. Enfrentamento e prevenção da violência

( ) 1. Sim ( ) 2 Não

19. Enfrentamento e prevenção da obesidade

( ) 1. Sim ( ) 2 Não

20. Controle e Prevenção de doenças crônicas

( ) 1. Sim ( ) 2 Não

21. Controle e Prevenção de doenças transmissíveis

( ) 1. Sim ( ) 2 Não

22. Prevenção e controle de riscos de saúde

( ) 1. Sim ( ) 2 Não

23. Notificação de doenças e agravos

( ) 1. Sim ( ) 2 Não

24. Práticas Integrativas e Complementares

( ) 1. Sim ( ) 2 Não

1a. Caso necessário, cite outros aspectos que não foram listados, mas que você sabe que são importantes para a formulação da política, programas e/ou ações de promoção de saúde:

2. Marque, dentre os aspectos listados abaixo, apenas aqueles que, na sua PRÁTICA EFETIVA E COTIDIANA, fazem parte de promoção de saúde.

1. Produção, desenvolvimento e organização da integralidade do cuidado

( ) 1. Sim ( ) 2 Não

2. Articulação das ações de saúde com a ação de outros setores

( ) 1. Sim ( ) 2 Não

3. Produção, desenvolvimento e organização do cuidado em rede

( ) 1. Sim ( ) 2 Não

4. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas sociais voltadas para a redução das desigualdades sociais

( ) 1. Sim ( ) 2 Não

5. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas sociais e de saúde pautadas na participação social

( ) 1. Sim ( ) 2 Não

6. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas voltadas para o desenvolvimento da mobilidade humana  
( ) 1. Sim ( ) 2 Não
7. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas voltadas para o desenvolvimento sustentável  
( ) 1. Sim ( ) 2 Não
8. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas voltados para a cultura de paz  
( ) 1. Sim ( ) 2 Não
9. Produção e defesa dos direitos humanos  
( ) 1. Sim ( ) 2 Não
10. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas voltadas para o desenvolvimento da autonomia  
( ) 1. Sim ( ) 2 Não
11. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas voltados para o desenvolvimento de relações e condições de trabalho livres de dominação e exploração  
( ) 1. Sim ( ) 2 Não
12. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas voltados para o desenvolvimento e preservação do meio ambiente  
( ) 1. Sim ( ) 2 Não
13. Produção e desenvolvimento de conhecimentos e práticas voltados para o desenvolvimento de cidadania.  
( ) 1. Sim ( ) 2 Não
14. Produção e desenvolvimento de alimentação adequada e saudável  
( ) 1. Sim ( ) 2 Não
15. Produção e desenvolvimento de práticas corporais e atividades físicas  
( ) 1. Sim ( ) 2 Não
16. Enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados  
( ) 1. Sim ( ) 2 Não
17. Enfrentamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas  
( ) 1. Sim ( ) 2 Não
18. Enfrentamento e prevenção da violência  
( ) 1. Sim ( ) 2 Não
19. Enfrentamento e prevenção da obesidade  
( ) 1. Sim ( ) 2 Não
20. Controle e Prevenção de doenças crônicas  
( ) 1. Sim ( ) 2 Não

21. Controle e Prevenção de doenças transmissíveis

1. Sim  2. Não

22. Prevenção e controle de riscos de saúde

1. Sim  2. Não

23. Notificação de doenças e agravos

1. Sim  2. Não

24 Práticas Integrativas e Complementares

1. Sim  2. Não

2a. Caso necessário, cite outras ações que não foram listadas, mas que você sabe que são realizadas no centro de saúde e em outros espaços do território:

3. Abaixo estão listadas cinco iniciativas de promoção de saúde. Marque apenas aquelas que, na sua opinião, são iniciativas que contribuem efetivamente para o desenvolvimento e exercício de promoção de saúde.

Promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicos em promoção da saúde para trabalhadores, gestores e cidadãos

1. Sim  2. Não

Estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e das ações em promoção da saúde

Estimular a pesquisa, a produção e a difusão de conhecimentos e estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde

Promover meios para a inclusão e qualificação do registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação e inquéritos, permitindo a análise, o monitoramento, avaliação e o financiamento das ações;

Desenvolver a vigilância, monitoramento e avaliação

4. Escreva em poucas palavras o que é, em sua opinião, promoção de saúde.

---

---

---

5. Sugestões gerais, comentários, elogios e críticas sobre a pesquisa?

## ANEXO II – Roteiro de Entrevista com Gestores

### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES

Mestranda: Janete dos Reis Coimbra

Orientadora: Professora Doutora Elza Machado de Melo

Número de identificação do participante: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Perfil profissional

##### 1. Sexo:

1. ( ) F

2. ( ) M

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Categoria profissional \_\_\_\_\_

4. Função \_\_\_\_\_

##### 5. Escolaridade

1. ( ) Nível médio Completo. Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

2. ( ) Nível médio incompleto.

3. ( ) Ensino superior (terceiro grau) completo. Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

4. ( ) Ensino superior incompleto

5. ( ) Especialização completa. Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

6. ( ) Especialização incompleta.

7. ( ) Residência completa. Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

8. ( ) Residência incompleta

9. ( ) Mestrado completo. Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

10. ( ) Mestrado incompleto

11. ( ) Doutorado completo. Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

12. ( ) Doutorado incompleto

#### Perguntas:

1. O que você pensa sobre a promoção da saúde?
2. Quais são, na sua opinião, os principais elementos que definem a promoção de saúde?
3. Como você vê a promoção da saúde em Belo Horizonte (como é constituída?)
4. Relate sua experiência com promoção da saúde.
5. Em sua opinião, qual a importância da promoção de saúde? Ou quais as potencialidades existem na promoção da saúde? Porque?
6. Em sua opinião quais são as principais dificuldades relacionadas à promoção da saúde?
7. Qual sua opinião sobre o desenvolvimento e o exercício da promoção da saúde? Porque?

8. Descreva e comente políticas, programas e ações de promoção de saúde, que você conhece e/ou executa.

**Fale sobre:**

9. Promoção da saúde e Determinantes Sociais da Saúde.
10. Promoção de saúde e intersetorialidade.
11. Promoção de saúde e participação da população.
12. Promoção de saúde e diálogo entre os níveis da gestão – local, distrital e central.

### **ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

##### **Participantes Gestores, gerentes e informantes chave**

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para reparar-las, seja para preveni-las. **Integra também um estudo sobre a promoção da saúde na perspectiva mais ampla e pretende investigar como gestores e gerentes vinculados à Secretaria Municipal de Saúde compreendem a promoção da saúde.** É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem, políticas e ações dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Para participar, você deverá responder ao questionário em meio eletrônico ou entrevista com a pesquisadora. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa, se assim desejar. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a elaboração do trabalho.

Se algum participante da pesquisa tiver despesa com a pesquisa ou dela decorrente, os pesquisadores garantem o seu ressarcimento e arcarão com os custos desse ressarcimento. Do mesmo modo, os pesquisadores assumem a responsabilidade pela indenização de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Esta pesquisa consiste de questionário e entrevista e apenas o único risco é abordar temas que possam trazer constrangimentos ao entrevistado. Caso isto ocorra, ele poderá explicitar tal fato, deixar de responder ou ainda, se preferir, interromper a pesquisa. Acredita-se, por outro lado, que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas.



Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu

---

\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na tenção Básica de Saúde, dentro das condições acima expostas.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

### **Pesquisadores:**

- Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG, Tel. 34099945/ 91843408
- Janete dos Reis Coimbra. Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG. Tele de contato: 031 3246-5014
- Prof. Dr. Paulo Sérgio Miranda - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG. Tel. 34631853
- Prof. Dra. Stela Maris Aguiar Lemos - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina/UFMG
- Prof. Dr. Antônio Leite Alves Radicchi- – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG
- Prof. Dr. Victor Hugo de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina//UFMG
- Bernardo Monteiro de Castro – – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG
- Prof. Dra. Soraya de Almeida Belisário – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG
- Prof. Dra. Alzira Oliveira Jorge – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG
- Ledsônia Gomes Santana Souza – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

- Renata Cristina de Souza Ramos – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG
- Doriana Ozolio Alves Rosa – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG
- Gisele Marcolino Saporetti – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG
- Clarisse Carvalho Leão Machado – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

**Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901.  
TelefaX (31) 3409-4592.

**Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**

**Endereço:** Avenida Afonso Pena, 2336, 9º andar, Bairro Funcionários,  
**CEP:** 30130-007, Belo Horizonte – MG,

**E-mail:** [coep@pbh.gov.br](mailto:coep@pbh.gov.br)

**Telefone:** (31) 3277-5309

**FaX:** (31) 3277-7768

**Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309

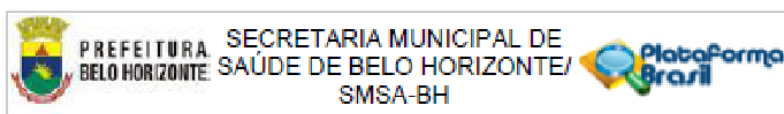
**CEP:** 30130-007, Belo Horizonte – MG,

**E-mail:** [coep@pbh.gov.br](mailto:coep@pbh.gov.br)

**Telefone:** (31) 3277-5309

**FaX:** (31) 3277-7768

## ANEXO IV – Parecer consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica

**Pesquisador:** Eliza Machado de Melo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 01140812.1.3001.5140

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.512.402

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo qualitativo sobre a promoção de saúde e prevenção da violência no território de Atenção Primária (AP) de Belo Horizonte e de dois Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a saber, Ribeirão das Neves e Santa Luzia. A metodologia utilizada será a triangulação de vários procedimentos: entrevistas semi-estruturadas com usuários, profissionais e gerentes; entrevistas com gerentes, gestores e informantes chave; observação de campo. Serão sorteadas Unidades Básicas de Saúde em todas as regiões administrativas do Município. A amostra de usuários de cada Município será calculada com erro de 5% e distribuída nessas unidades. Serão entrevistados todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde selecionadas em cada Município; também serão utilizados questionários on line. Os dados quantitativos serão armazenados no SPSS. Os dados qualitativos serão analisados segundo o método hermenêutico-dialético.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Investigar o perfil da violência e as formas de abordagem, pautadas principalmente, nas ações de promoção de saúde da atenção básica de saúde de Belo Horizonte, Ribeirão das Neves e Santa Luzia, Minas Gerais.

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 1033ª andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Euzébio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br